



## Vera Grazina      **Relatório de Trabalho de Projeto**

Avaliação Funcional das Pessoas Internadas no  
Serviço de Cirurgia Geral: Aplicação da Escala  
de Barthel

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado  
para cumprimento dos requisitos necessários à  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica, realizada sob a orientação  
científica da Professora Mariana Pereira

outubro 2015





Vera Lúcia Trigueirão  
Grazina  
N.º 130519028

## **Relatório de Trabalho de Projeto**

Avaliação Funcional das Pessoas Internadas no  
Serviço de Cirurgia Geral: Aplicação da Escala  
de Barthel

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado  
para cumprimento dos requisitos necessários à  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica, realizada sob a orientação  
científica da Professora Mariana Pereira

outubro 2015



## DECLARAÇÕES

Declaro que este Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato, Vera Grazina

---

Setúbal, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Declaro que este Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

A orientadora, Prof.<sup>a</sup> Mariana Pereira

---



*“Diz-me os instrumentos que usas, raramente,  
frequentemente, abundantemente ou nunca, ao prestar cuidados, e dir-te-ei  
que cuidados prestas.”*

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999, p.262)





## AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de demonstrar o nosso agradecimento a todas as pessoas que contribuíram, de forma directa ou indirecta, para que fosse possível a realização deste curso, dos Módulos estágio I, II e III, e também deste relatório de trabalho de projeto.

À Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> orientadora Mariana Pereira, pela sua disponibilidade e orientação, pelos desafios propostos, pelas palavras de incentivo, no sentido de que desfrutássemos ao máximo as oportunidades de desenvolvimento de competências ao longo deste percurso.

Aos docentes do curso, que com empenho e dedicação nos transmitiram o conhecimento que nos possibilitou chegar ao fim da redação deste documento e tudo o que ele implica.

À Instituição, nomeadamente à Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Diretora e Sr. Diretor do serviço, que nos autorizaram a realização do projeto e outras solicitações durante os estágios. Às Sr.<sup>as</sup> Enf.<sup>as</sup> Chefes do serviço que autorizaram a realização dos mesmos, acolhendo-nos e incentivando o desenvolvimento dos projetos. À Comissão de Controlo Infecção, na pessoa da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> FB, sempre prestável para articulação e colaboração na realização de atividades.

À Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Especialista que nos orientou, pelo tempo, dedicação e disponibilidade para nos encaminhar neste percurso, criando-nos oportunidades de crescimento enquanto futuros especialistas e Mestres, de incontestável importância para o nosso sucesso.

À equipa multidisciplinar do serviço, em especial aos enfermeiros, pela receptividade e empenho demonstrados na participação no projeto de intervenção em serviço, desde a sua conceção à sua implementação, tendo contribuído diretamente para o sucesso do mesmo.

Às colegas de estágio, pelo apoio durante este percurso e colaboração no desenvolvimento de várias atividades, que possibilitaram atingir os objetivos traçados.

Aos familiares e amigos, pelo apoio. A ti mãe, por me ajudares de todas as formas a finalizar mais uma etapa. A ti Pedro, por todo o apoio, paciência e compreensão.

A todas as pessoas que contribuíram para que este período fosse para nós uma experiência enriquecedora enquanto pessoas e profissionais, e que aqui não se encontram mencionadas.



## RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) e tem como finalidade apresentar reflexivamente o percurso conducente ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista (comuns e específicas) e de Mestre. Para isso, foi utilizada a metodologia de trabalho de projeto, integrando dois projetos distintos: projeto de intervenção em serviço (PIS) e projeto de aprendizagem clínica (PAC), desenvolvidos ao longo dos estágios realizados num serviço de cirurgia geral (SCG).

O PIS, formulado sob a premissa de que uma eficaz gestão dos cuidados está numa das bases da qualidade dos mesmos, incidiu sobre a necessidade de uniformizar procedimentos relativamente à avaliação funcional das pessoas internadas no SCG. Este, veio permitir, através de formação e criação de documentos normativos e orientadores desta prática, promover a qualidade dos cuidados de enfermagem através da otimização da intervenção dos enfermeiros no domínio da avaliação funcional da pessoa internada no SCG. Foi nosso referencial teórico a Teoria do Défice do Auto-Cuidado de Orem, com enfoque na importância de direcionar os cuidados prestados às necessidades de cada pessoa, partindo de uma avaliação funcional, dotada de objetividade através do uso de escalas validadas, como a escala modificada de Barthel.

Por sua vez, no PAC projetaram-se atividades específicas, das quais se destacam: participação num exercício de simulação de inundação numa unidade de cuidados intermédios e realização de respetivo poster de divulgação; realização de ação de sensibilização aos familiares das pessoas internadas no SCG, sobre importância da higienização das mãos na visita; e realização de um poster sobre hipodermoclise, classificado em 2º lugar num encontro de enfermagem.

Neste documento analisamos crítica e reflexivamente ambos os projetos, e os contributos dos mesmos no desenvolvimento das competências supra-citadas.

**Palavras-chave:** Competências de enfermeiro Especialista; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Escala modificada de Barthel; Metodologia de Projeto; Teoria do défice do auto-cuidado.



## ABSTRACT

This report is set within the context of the Medical Surgical Nursing (MSN) Master's Degree, in order to reflexively present the route which led us to the development of specialist (either common or MSN specific) and Master nurse skills. Therefore, we used the project methodology, integrating two distinct projects: intervention project in service (IPS) and clinical learning project (CLP), both developed throughout the internship in a general surgery service (GSS).

The IPS was formulated under the premise that effective care management is one of the bases of its quality, and focused on the need to standardize procedures for the functional evaluation of people admitted to the GSS. Through training and creation of normative and guideline documents, the IPS has promoted the quality of nursing care by optimizing the nurses' involvement in the functional evaluation of the hospitalized patient in GSS. Our theoretical framework was the Orem's Self-Care Deficit Theory, focusing on the importance of care directed to the needs of each person, and based on a functional evaluation, endowed with objectivity through the use of validated scales such as the modified Barthel index.

In turn, on the CAP we designed specific activities, among which the following are highlighted: participation in an exercise of flood simulation in an intermediate care unit and the development and disclosure of the respective poster; performing of an awareness session to the relatives of those admitted to the GSS, about the importance of hand hygiene in the visit; and creating a poster on hypodermoclysis, that was ranked 2nd in a nursing meeting.

In this document we analyze critically and reflexively both projects, and their contributions to the development of the above-mentioned skills.

**Keywords:** Medical Surgical Nursing; Modified Barthel index; Project methodology; Self-Care Deficit Theory; Specialist Nurse Skills.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD – Atividade de vida diária

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CHX – Centro Hospitalar X

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DL – Decreto-Lei

EB – Escala de Barthel

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf. – Enfermeiro

Enf.<sup>a</sup> - Enfermeira

ESS-IPS – Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal

IB – Índice de Barthel

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MRSA - *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (Staphylococcus aureus resistente à metilina)

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

Prof. – Professor

Prof.<sup>a</sup> – Professora

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SCG – Serviço de Cirurgia Geral

Sr. – Senhor

Sr.<sup>a</sup> – Senhora

UC – Unidade curricular

UCIC – Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

VPN – *Virtual Private Network* (Rede privada virtual)





## Índice de Quadros

Quadro 1 - Distribuição no número de processos de acordo com a periodicidade de monitorização da capacidade funcional através da EB <i>versus</i> grau de dependência nos auto-cuidados da pessoa, na etapa diagnóstica do PIS.....	41
Quadro 2 - Distribuição dos formandos nas sessões de formação .....	59
Quadro 3 - Classificação da ação de formação pelos formandos .....	60
Quadro 4 - Validação dos Indicadores obtidos, de acordo com os objetivos planeados do PIS.....	69



## Índice de Gráficos

Gráfico 1- Percentagem de processos com o <i>score</i> da escala de Barthel registado na avaliação inicial de enfermagem na etapa diagnóstica do PIS .....	39
Gráfico 2 - Percentagem de processos com a intervenção "monitorizar a capacidade funcional através da escala de Barthel" planeada, na etapa diagnóstica do PIS.....	39
Gráfico 3 - Percentagem de processos com o último registo da EB corretamente preenchido, na etapa diagnóstica do PIS .....	40
Gráfico 4 - Percentagem de processos com coerência entre o último registo da escala de Barthel e os diagnósticos de enfermagem, na etapa diagnóstica do PIS .....	40
Gráfico 5 - Erros identificados no preenchimento da escala, no último registo da mesma, na etapa diagnóstica do PIS .....	40
Gráfico 6 - Enfermeiros do serviço no momento de realização das sessões de formação ..	59
Gráfico 7 - Participação da equipa de enfermagem nas sessões de formação.....	60
Gráfico 8 - Resposta dos formandos à questão "Considera que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho?" .....	61
Gráfico 9- Respostas atribuídas à questão "De que forma a sessão terá impacto positivo no seu desempenho?" .....	62
Gráfico 10- Avaliação da qualificação global da sessão de formação pelos formandos .....	62
Gráfico 11 - Pontos fortes identificados pelos formandos .....	63
Gráfico 12 - Perspetiva evolutiva dos parâmetros avaliados nas consultas aos processos de enfermagem.....	66

Gráfico 13 - Perspetiva evolutiva dos parâmetros avaliados nas consultas aos processos de enfermagem, após formação, relativamente à uniformização do procedimento e à inclusão do <i>score</i> na nota de alta.....	68
--	----

# Índice

0. Nota Introdutória.....	23
1. Moldura Teórico-Concetual.....	25
1.1. O enfermeiro Especialista em EMC .....	25
1.2. Teoria do défice do Auto-Cuidado de Dorothea Orem.....	28
1.3. Avaliação funcional da pessoa: conceitos e evidências .....	32
2. Projeto de Intervenção em Serviço .....	36
2.1. Diagnóstico de Situação.....	36
2.2. Definição de Objetivos .....	44
2.3. Planeamento do Projeto .....	45
2.4. Execução do Projeto .....	54
2.5. Avaliação do Projeto.....	58
2.6. Divulgação do Projeto .....	70
2.7. Considerações Éticas .....	70
3. Projeto de Aprendizagem Clínica .....	72
3.1. Diagnóstico de Situação.....	72
3.2. Definição de Objetivos .....	76
3.3. Planeamento do Projeto .....	78
3.4. Execução e Avaliação Reflexiva do Projeto.....	81
4. Análise da Aquisição e Desenvolvimento de Competências .....	91
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	91
4.2. Competências específicas do enfermeiro Especialista em EMC .....	96
4.3. Competências de Mestre .....	97
5. Nota Conclusiva.....	102
Referências Bibliográficas.....	104
Apêndices .....	113
Apêndice I: Contextualização Organizacional.....	115
Apêndice II: Ficha de Diagnóstico de Situação.....	121
Apêndice III: Grelha de Apoio à consulta dos registos de enfermagem.....	127
Apêndice IV: Dados da consulta diagnóstica aos processos de enfermagem.....	131

Apêndice V: SWOT .....	135
Apêndice VI: Ficha de Planeamento .....	139
Apêndice VII: Cronograma do Projeto .....	149
Apêndice VIII: Proposta de Procedimento Setorial.....	153
Apêndice IX: Cartão de Bolso de apoio aos registos de enfermagem.....	163
Apêndice X: Plano de Sessão de Formação.....	167
Apêndice XI: Cronograma das sessões de formação.....	171
Apêndice XII: Avaliação formativa da formação – atividade de grupo .....	175
Apêndice XIII: Avaliação sumativa da sessão de formação.....	179
Apêndice XIV: Documento Auxiliar dos registos de enfermagem .....	183
Apêndice XV: Artigo de Divulgação do Projeto .....	187
Apêndice XVI: Resultados das auditorias aos processos de enfermagem.....	197
Apêndice XVII: Pedido de Autorização para realização do PIS .....	209
Apêndice XVIII: <i>Poster</i> sobre simulacro .....	213
Apêndice XIX: Resumo do <i>Poster</i> sobre simulacro .....	217
Apêndice XX: Folheto Informativo “Venho visitar o meu familiar – porque tenho de lavar as mãos?” .....	221
Apêndice XXI: Planeamento da Ação de Sensibilização às visitas das pessoas internadas no SCG.....	225
Apêndice XXII: Questionário para avaliação da ação de sensibilização.....	229
Apêndice XXIII: Relatório da Ação de Sensibilização às visitas .....	233
Apêndice XXIV: <i>Poster</i> sobre Hipodermoclise .....	255
Apêndice XXV: Resumo do <i>Poster</i> sobre Hipodermoclise.....	259
Anexos .....	265
Anexo I: Escala Modificada de Barthel .....	267
Anexo II: Impresso de avaliação da sessão de formação pelo formando .....	271
Anexo III: Autorização Institucional para realização do projeto.....	275

## 0. Nota Introdutória

O presente relatório de trabalho de projeto integra-se no âmbito do 3º Curso de Mestrado em enfermagem Médico Cirúrgica (EMC), lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS), tendo sido alvo de elaboração contínua ao longo dos Estágios I, II e III das unidades curriculares (UC's) de EMC I e II, inseridas no 2º e 3º semestres, respetivamente, do referido curso.

Uma vez que a concessão do grau de Mestre está condicionada à aprovação em todas as UC's, bem como à discussão pública do relatório de trabalho de projeto, elaboramos o mesmo no sentido de cumprir o exigido no regulamento dos Mestrados da ESS-IPS, assim como o Regime Jurídico dos graus e diplomas do Ensino Superior.

Para isso, pretendemos que este seja um espelho do trabalho desenvolvido, que permitirá ao leitor tomar conhecimento das vivências, competências desenvolvidas e experiência acumulada, assim como projetos formulados e concretizados, através da mobilização para a prática dos contributos teóricos lecionados. A construção gradual deste documento revelou-se assim num instrumento de aprendizagem integrador do percurso realizado e de reflexão sobre o mesmo.

Os módulos estágio I, II e III, orientados pela Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> orientadora Mariana Pereira e pela Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Especialista MC, decorreram num Serviço de Cirurgia Geral (SCG), de um Hospital que designaremos como Y, pertencente ao Centro Hospitalar X (CHX), Entidade Pública Empresarial, no período entre março de 2014 e janeiro de 2015, com as devidas pausas letivas, num total de 30 semanas. As razões da escolha deste local, passaram pela motivação em desenvolver um projeto no referido serviço, que pudesse trazer contributos ao nível da melhoria contínua da qualidade, uma vez que este está diretamente relacionado com a nossa área de atuação e investimento profissional.

Durante os estágios, sobre os quais incide o presente relatório de trabalho de projeto, além do exercício clínico, pretendia-se o desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço (PIS) e de um projeto de aprendizagem clínica (PAC), que se encontram aqui explicitados.

Uma vez que o PIS dá título a este documento – Avaliação Funcional das Pessoas Internadas no SCG: aplicação da escala de Barthel – embora seja apenas parte constituinte do mesmo e não o seu todo (este aspeto prende-se por ser uma orientação da Instituição de

Ensino), importa clarificar a razão da escolha deste tema. Uma das motivações pessoais, enquanto área de atuação, é a eficaz gestão de cuidados como medida promotora da qualidade dos mesmos. Foi esta motivação que nos conduziu, após perceber necessidades de atuação, a partir das quais se pesquisou e se produziu evidência, à área que abordamos no PIS: a avaliação funcional da pessoa.

Uma vez efetuada a contextualização, apresentamos o objetivo principal deste documento: apresentar reflexivamente o percurso conducente ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e de Mestre em EMC.

Por sua vez, como objetivos específicos formulámos: fundamentar o relatório com uma moldura teórico-concetual pertinente; apresentar o PIS sob análise crítica, apoiado na evidência; apresentar o PAC sob análise crítica; e analisar reflexivamente as competências comuns de enfermeiro especialista, as competências específicas de enfermeiro especialista em EMC e as competências de Mestre desenvolvidas.

De forma a atingir os objetivos supracitados, este documento encontra-se organizado em cinco capítulos, o primeiro correspondente à moldura teórico-concetual, onde fundamentamos o relatório e apresentamos conceitos importantes para a contextualização e compreensão do mesmo, bem como a Teoria de Dorothea Orem, que integra três partes relacionadas, o auto-cuidado, deficiências do auto-cuidado e sistemas de enfermagem, que nos serviu de referencial teórico. No segundo, apresentamos o PIS, e no terceiro o PAC, ambos constituídos pelas várias etapas da metodologia de projeto. No quarto capítulo, efetuamos uma análise da aquisição e desenvolvimento de competências, onde refletimos acerca das conquistas feitas neste âmbito, que ocorreram de forma proativa. A nota conclusiva constitui o quinto capítulo, onde efetuamos uma síntese do trabalho desenvolvido, refletimos sobre os objetivos formulados, bem como aspectos facilitadores e constrangedores deste percurso.

Importa referir que, de forma a atender a considerações éticas, preservou-se o anonimato da instituição e pessoas envolvidas externas ao IPS, tendo sido utilizadas siglas para designar pessoas, e tendo sido removidos nomes de pessoas e instituições dos documentos apresentados, pelo que não são os documentos originais.

O trabalho foi redigido de acordo com as Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESS, utiliza a NP-405 para a referenciação bibliográfica e respeita o Acordo Ortográfico instituído em Portugal.



# 1. Moldura Teórico-Concetual

Neste presente capítulo abordamos os conceitos e teoria que fundamentam o relatório, e que serviram de linhas orientadoras ao desenvolvimento do mesmo. Efetuámos uma revisão integrativa da literatura acerca das temáticas subjacentes ao relatório, e a partir da qual seleccionámos os conteúdos que considerámos mais pertinentes, que passamos a apresentar. Especificamente, abordamos alguns aspetos acerca do enfermeiro especialista em EMC, apresentamos resumidamente a Teoria do défice do Auto-Cuidado de Dorothea Orem, que norteou o nosso trabalho, explicando também o porquê dessa escolha, e efetuamos uma análise com base na literatura da avaliação funcional da pessoa, nomeadamente a apresentação de conceitos e análise de evidências.

## 1.1. O enfermeiro Especialista em EMC

A enfermagem é, em Portugal, regulada pela Ordem dos Enfermeiros (OE), tendo esta o dever de *“assegurar o cumprimento das regras deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem”* (Preâmbulo do Decreto-Lei - DL nº104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro). É esta que define as competências dos enfermeiros (OE, 2012<sup>a</sup>), regula o seu exercício profissional (OE, 2012<sup>b</sup>) e desenvolve os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2002).

Por sua vez, de forma a regular os cuidados de enfermagem especializados, foram (com a lei 111/2009 de 16 de setembro, que veio alterar o estatuto da OE), criados os Colégios de Especialidade, constituídos respetivamente por todos os especialistas de cada área de especialidade, com três representantes (o presidente e dois secretários). Estes, têm, entre outras, as competências relacionadas com a definição das competências específicas da especialidade e dos padrões de qualidade dos cuidados especializados (OE, 2012<sup>b</sup>).

De acordo com a OE (2010<sup>a</sup>, p.2), enfermeiro *“especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de*

*competências especializadas relativas a um campo de intervenção". Também a OE (2012<sup>b</sup>, p. 33) nos diz que “o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem”.*

A Especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica integra duas áreas: Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. De acordo com a OE (2010<sup>b</sup>, p. 1), *“a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”*. Neste sentido, como nos refere a mesma fonte, os cuidados de enfermagem são direcionados às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo as complicações e limitando as incapacidades, sendo o objetivo a recuperação total. Por outro lado, no que respeita à pessoa em situação crónica e paliativa, importa também clarificar conceitos. A doença crónica *“é um termo abrangente que inclui doenças prolongadas, frequentemente associadas a um variável grau de incapacidade, de curso prolongado e geralmente de progressão lenta, com potencial de compensação e que implicam a necessidade de adaptação a diversos níveis”* (OE, 2011<sup>a</sup>, p. 1). Ao contrário dos objetivos dos cuidados à pessoa em situação crítica, nos cuidados à pessoa em situação crónica ou terminal o eixo organizador é dirigido aos projetos de saúde, aos cuidadores, família e grupos de pertença, preservando a dignidade da pessoa, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento (*ibidem*).

De forma genérica, importa distinguir o enfermeiro de cuidados gerais do enfermeiro especialista, não só pela definição, mas também pela sua representação social e profissional. Podemos fazê-lo com base na análise dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade de enfermagem e nas suas competências.

Relativamente aos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, a OE (2002) definiu seis categorias: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem. Englobadas nestas, estão os enunciados que devem *“precisar o papel dos enfermeiros junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos”* (*Idem*, p. 13).

Por sua vez, o Colégio de Especialidade de EMC definiu sete categorias de enunciados descritivos de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, partindo eles dos já referidos nos padrões de qualidade dos cuidados gerais de enfermagem, com a especificidade da categoria de organização dos cuidados de enfermagem que passa a ser organização dos cuidados de enfermagem especializados, e acresce a categoria de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados. Os enunciados passam aqui a descrever os elementos importantes relativos à categoria, no papel de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, que difere do papel do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2011<sup>b</sup>). No que concerne à pessoa em situação crónica e paliativa, o Colégio propôs cinco, em que apenas dois coincidem com os anteriores: satisfação do doente e família; promoção da qualidade de vida, bem-estar e alívio do sofrimento; prevenção de complicações; (re)adaptação funcional às perdas sucessivas; e organização dos cuidados de enfermagem especializados (OE, 2014).

No que concerne às competências do enfermeiro, relativamente ao enfermeiro de cuidados gerais, encontram-se agrupadas em três domínios: domínio da prestação de cuidados, domínio do desenvolvimento profissional e domínio da prática profissional, ética e legal. Quanto às competências do enfermeiro Especialista, importa referir que, *“seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, considerados competências comuns”* (OE, 2010<sup>a</sup>, p.2). Estas, encontram-se agrupadas em quatro domínios: domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão de cuidados e domínio das aprendizagens profissionais, e domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Posto isto, constatamos que *“o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais”* conforme podemos ler no preâmbulo do regulamento das competências específicas do enfermeiro Especialista (OE, 2010<sup>a</sup>, p.2).

Temos ainda as competências específicas para cada uma das diferentes especialidades de enfermagem, agrupadas no domínio da prestação de cuidados especializados. Foram formulados pelo Colégio de Especialidade de EMC os regulamentos das competências específicas do enfermeiro Especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (OE, 2010<sup>b</sup>) e das competências específicas do enfermeiro Especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011<sup>a</sup>).

Uma vez que é expectável o desenvolvimento das referidas competências no curso de Mestrado em EMC, a discussão das mesmas e a explicitação da forma como foram desenvolvidas, será abordada oportunamente no presente relatório.

Mas importa referir que o desenvolvimento de competências é originado não só através da *praxis*, mas também através do conhecimento, conceito a partir do qual podemos remontar às origens de enfermagem enquanto disciplina. Será com partida neste ponto que iniciaremos o próximo subcapítulo, onde abordaremos inicialmente as estruturas do conhecimento e de seguida o referencial teórico que nos norteou no desenvolvimento dos projetos que apresentaremos.

## **1.2. Teoria do défice do Auto-Cuidado de Dorothea Orem**

O conhecimento encontra-se estruturado, de acordo com ALLIGOOD e TOMEY (2004), em metaparadigma, filosofias, modelos conceituais e teorias (que por sua vez se dividem em grandes teorias, teorias e teorias de médio alcance mas cuja diferenciação não se enuncia relevante neste contexto), sendo o metaparadigma o nível mais abstrato.

Também a disciplina de enfermagem foi constituída através destas estruturas do conhecimento. O metaparadigma determina assim os níveis de conceito e estudo da disciplina, que em enfermagem são o Ambiente, a Pessoa, a Saúde e Enfermagem (*Idem*). Em Portugal são estes, analogamente, os conceitos pilar e são definidos e contextualizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2002). Os quatro conceitos estão fortemente relacionados entre si. A pessoa é um ser social, portanto indissociável do ambiente em que está inserida e os seus comportamentos são influenciados pelo mesmo. De acordo com a OE (2002), os cuidados de enfermagem baseiam-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e a pessoa e respondem às suas necessidades de Saúde.

Por sua vez, as filosofias podem originar teorias e especificam as definições dos conceitos de metaparadigma em cada um dos modelos conceituais (ALLIGOOD e TOMEY, 2004). RIEHL-SISCA (1992), diz-nos que um modelo conceitual para a prática de enfermagem é construído, sistematicamente, por um conjunto de conceitos relacionados cientificamente, que identificam os componentes essenciais da prática de enfermagem, juntamente com a base teórica destes conceitos e valores exigidos para serem praticados.

Ainda no que reporta às estruturas do conhecimento, “*a teoria de enfermagem é um grupo de conceitos relacionados que provém dos modelos de enfermagem*” (ALLIGOOD e TOMEY, 2004, p. 7). Este grupo de conceitos sugere ações para conduzir a prática (*Ibidem*). Sendo a base para a prática de enfermagem, as teorias têm as seguintes características: podem inter-relacionar conceitos de modo a criar uma forma diferente de encarar determinado fenómeno; devem ser lógicas; devem ser simples mas generalizáveis; podem ser bases para hipóteses que podem ser testadas; colaboram e ajudam no sentido de aumentar o conjunto geral de conhecimentos no âmbito da disciplina, através de pesquisa implementada para validá-las; podem ser utilizadas por profissionais como um guia e algo que aperfeiçoe a sua prática; e devem ser compatíveis com outras teorias, leis e princípios confirmados, embora deixem em aberto questões não solucionadas que precisam ser investigadas (GEORGE, 2000).

O processo de cuidar recorre assim a métodos e instrumentos, que permitem a individualização e a qualidade dos cuidados, como nos refere HESBEEN (2000), permitindo a uniformização do cuidar pelos diferentes profissionais e uma diferenciação relativamente a cada pessoa a quem se prestam cuidados.

Assim sendo, utilizamos como referencial teórico ao desenvolvimento deste relatório de trabalho de projeto a **teoria de enfermagem de Dorothea Orem**. A teoria de Orem é composta por três teorias relacionadas: a **teoria do auto-cuidado** que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias, a **teoria do défice do auto-cuidado** que descreve e explica por que razões as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem, e a **teoria dos sistemas de enfermagem** que descreve e explica as relações que têm de existir para que haja enfermagem (GEORGE, 2000).

A teoria do défice de auto-cuidado visa obter a autonomia máxima da pessoa a quem se prestam cuidados de enfermagem. Estes, para Orem, relacionam-se com as necessidades do ser humano, nomeadamente as atividades de auto-cuidado. Estas são indispensáveis a todas as pessoas, podendo surgir a doença ou a morte quando estão comprometidas. Segundo OREM (1993, p.133) os cuidados de enfermagem, baseiam-se nos seguintes pressupostos: “*o homem é um todo em interacção com o seu meio ambiente; o homem distingue-se dos outros seres vivos, pela sua capacidade para reflectir sobre a sua experiência e a do seu meio ambiente, simbolizar as suas experiências, utilizar ideias, palavras e símbolos, para pensar, comunicar e orientar os seus esforços no sentido de*

*fazer algo benéfico para si próprio e para os outros; o homem é o objecto da natureza, uma vez que está exposto às suas forças”.*

Orem rege-se pelo princípio de que o Homem tem capacidade inata de cuidar de si próprio. A autora diz-nos que o auto-cuidado é a prática de atividades iniciadas e executadas pelas pessoas, em seu próprio benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem estar (OREM, 1980). Assim, a existência de cuidados de enfermagem surge quando esta capacidade de auto-cuidado está diminuída ou ausente. A prestação de cuidados ocorre no sentido de que a pessoa seja capaz de se auto-cuidar. A pessoa saudável, tem a capacidade de se auto-cuidar e de responder à satisfação das suas necessidades, conseguindo manter a sua autonomia. O enfermeiro atuará substituindo a pessoa, ou a seu pedido apenas e enquanto a incapacidade se mantiver, estimulando simultaneamente as suas potencialidades no sentido de promoção da sua autonomia. As atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, devem ser contínuas, de forma a que pessoa e sua família obtenham o mais precocemente possível a autonomia desejável. As actividades que proporcionam o auto-cuidado, têm assim, muitas vezes, como alvo a preparação de familiares ou cuidadores informais, de forma que estes consigam prestar os cuidados adequados à pessoa com défice de auto-cuidado.

OREM (1987), identifica cinco métodos a seguir no sentido de ajudar a pessoa, proporcionando-lhe assistência que vise o auto-cuidado: agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento; e ensinar.

O auto-cuidado, sendo um comportamento aprendido, depende assim de fatores que o influenciam diretamente, tais como a idade, o estado mental, a sociedade, a cultura, e o estado emocional de cada pessoa (OREM, 1980). Ao longo do ciclo de vida da pessoa, surgem também necessidades específicas no auto-cuidado. Assim, compreende-se a importância atribuída à avaliação da capacidade de auto-cuidado, ou seja, avaliação funcional, como ponto essencial do planeamento dos cuidados a executar. No caso específico da pessoa internada, esta avaliação é essencial, pois categoriza a capacidade da pessoa e sua família na promoção do próprio auto-cuidado, de acordo com as suas necessidades específicas (*Idem*).

A ação do enfermeiro, no sentido de preencher os requisitos de auto-cuidado da pessoa, desenvolve-se em três sistemas: totalmente compensatório (sistema aplicado pelo

enfermeiro quando a pessoa é incapaz de desenvolver ações de auto-cuidado, sendo socialmente dependente de outros para continuar a sua existência e o seu bem estar), parcialmente compensatório (o enfermeiro e a pessoa desempenham ações que visam o seu auto-cuidado, sendo o enfermeiro que desenvolve ações específicas que a pessoa não tem capacidade ou desempenho para efetuar), e apoio-educação (o enfermeiro promove a pessoa como agente do seu próprio auto-cuidado, que está apta a desenvolver e aprender a desempenhar o seu auto-cuidado) (OREM, 1980).

Neste sentido, a pessoa internada, especialmente num serviço cirúrgico, quase sempre sofre alterações no seu grau de dependência no auto-cuidado. Uma vez que a mudança de hábitos e atitudes é demorada, tal como refere OREM (1987), aprender a transformar um comportamento relativo ao auto-cuidado, pode ser um processo moroso, exigindo que a relação com enfermeiros capazes de assumir eficazmente um papel de tutor, se prolongue. A pessoa deverá ser envolvida e esclarecida nas tomadas de decisão sobre si própria, bem como desenvolver a autonomia para identificar as suas próprias necessidades e como estas deverão ser satisfeitas. Quando a pessoa não possui estas capacidades, a família é mobilizada como agente de auto-cuidado (*Idem*).

O PIS presente neste relatório, desenvolve-se num serviço cirúrgico, pelo que o enfermeiro enquanto prestador de cuidados e a pessoa internada enquanto sujeito alvo de cuidados, são os elementos chave deste processo, com vista à promoção do auto-cuidado. Este pressuposto é seguido pelo enfermeiro quando orienta os cuidados a prestar, por um referencial teórico. A teoria de Dorothea Orem, fornece um quadro de referência essencial na intervenção com vista à promoção do auto-cuidado, tendo como grande finalidade a autonomia da pessoa. Assim, é através do planeamento dos sistemas de cuidados de enfermagem, que o enfermeiro dá resposta às necessidades da pessoa. Para isso é fundamental uma correta e constante avaliação do seu nível funcional, permitindo cuidados adequados e continuados por toda a equipa de enfermagem, sendo os registos de enfermagem fulcrais neste sentido. O sistema que se aplica perante a pessoa a cuidar (totalmente compensatório, parcialmente compensatório e apoio e educação), depende de vários factores, nomeadamente a etapa do ciclo vital em que se encontra, as características da pessoa, alterações a nível físico (neste contexto, bastante frequente por processos cirúrgicos ou alterações do estado de saúde), psíquico e social. Assim, poderão utilizar-se em simultâneo, um ou mais destes sistemas (OREM, 1980).

Abordadas as principais linhas orientadoras da teoria de Orem, e justificada a sua escolha no âmbito do presente relatório de trabalho de projeto, torna-se também fácil relacionar a mesma com os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados, percebendo-se a sua estreita relação com todos os domínios, de acordo com os descritores, e essencialmente com os domínios do bem-estar, auto-cuidado e readaptação funcional (OE, 2011<sup>b</sup>).

Apresentado assim o referencial teórico orientador deste trabalho, apresentamos de seguida os conceitos e evidências na origem da escolha e desenvolvimento no nosso PIS, relacionado com a avaliação funcional da pessoa através da utilização de escalas, nomeadamente a escala de Barthel (EB).

### **1.3. Avaliação funcional da pessoa: conceitos e evidências**

A abordagem dos auto-cuidados é uma vertente significativa das intervenções de enfermagem. Importa assim definir auto-cuidado, sendo que de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) *“auto-cuidado é uma atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias”* (ICN, 2011, p. 41). De acordo com OREM (1993), é a prática de atividades, iniciadas e executadas pelas pessoas, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e bem estar.

Quando a pessoa é hospitalizada, especificamente num serviço cirúrgico, que poderá ser ou não para realização de intervenção cirúrgica, vive um momento de desequilíbrio no seu quotidiano e, frequentemente, vê as suas capacidades de desempenho alterados, por consequência da doença ou da incapacidade decorrente da recuperação cirúrgica. Deste modo, o auto-cuidado fica comprometido. *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”* (OE, 2011<sup>b</sup>, p. 6), de acordo com o preconizado na teoria de Orem.

Assim, e também de acordo com a teoria de Orem, é função do enfermeiro, assegurar que as necessidades da pessoa a nível das suas atividades de vida diárias



(AVD's) sejam satisfeitas, quer seja através de ajuda total, ajuda parcial, ensino, treino ou apoio. Para assegurar a qualidade e a continuidade dos cuidados, é importante que o nível de dependência da pessoa seja corretamente avaliado e registado. Isto vem permitir a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem especializados, agregado a um adequado planeamento dos mesmos. Também o ensino, instrução e treino da pessoa sobre a sua adaptação individual são elementos importantes face à sua readaptação funcional, tal como enunciado na categoria de readaptação funcional dos enunciados descritos de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, tanto em pessoa em situação crítica como em pessoa em situação crónica e paliativa, de acordo com as especificidades de cada uma (OE, 2011<sup>b</sup> e OE, 2014).

No sentido de facilitar, limitar, reduzir ou ultrapassar as limitações funcionais que cada pessoa vivencia face às suas particularidades, os cuidados de enfermagem devem ser personalizados, correspondendo às suas necessidades individuais. Assim, é importante monitorizar os cuidados prestados através da avaliação da pessoa e da sua evolução funcional, usando escalas validadas, conferindo objetividade a essa avaliação.

Sendo a avaliação funcional da pessoa objeto de incidência no nosso PIS, importa atentar nesta. KELLY-HAYES (2000) refere que foram desenvolvidos inúmeros (mais de cinquenta) instrumentos de avaliação funcional, sendo os mais utilizados a escala Medida de Independência Funcional e Escala de Barthel (EB) - abordaremos esta última, uma vez que é a utilizada no serviço cirúrgico onde desenvolvemos o PIS. Outros existem, como o índice de Katz e o índice de Lawton.

A EB, também conhecida por Índice de Barthel (IB), é um instrumento que avalia o nível de dependência da pessoa na realização de dez AVD's: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres – vesical e intestinal, deambular, transferência da cadeira para a cama, e subir e descer escadas (MAHONEY E BARTHEL, 1965).

Em estudos internacionais, a EB é um dos instrumentos de avaliação das AVD's que apresenta resultados de confiabilidade e validade mais consistentes (JÚNIOR e REICHENHEIM, 2005).

*“Atualmente, o IB continua a ser amplamente utilizado, essencialmente em contexto hospitalar, (...) e vários autores consideram-no o instrumento mais adequado para avaliar a incapacidade para a realização das AVD. A fácil aplicação e interpretação,*

*baixo custo de aplicação, o poder ser repetido periodicamente (o que permite monitorizações longitudinais), o consumir pouco tempo no seu preenchimento são algumas das características que fazem desta medida construída sobre bases empíricas uma das mais utilizadas na clínica e na investigação para avaliar o grau de dependência”* (ARAÚJO *et al*, 2007, p.61).

O tempo de administração é de cerca de 10 minutos, e o preenchimento pode ser realizado através de registos médicos, observação direta, entrevista à pessoa ou aos cuidadores, ou até, auto administrado. Este instrumento é constituído por 10 itens, correspondentes às AVD's descritas, todos de resposta fechada, agrupados nas dimensões de mobilidade e auto cuidados. Cada atividade apresenta diferentes níveis de dependência, o valor mínimo representa dependência total da pessoa em determinada tarefa enquanto o valor máximo indica independência. A cotação global da escala oscila entre 0 a 100 pontos, em que o valor zero traduz uma dependência total e o cem corresponde à independência (SEQUEIRA, 2010).

A utilização alargada da EB (contexto clínico, investigação, reabilitação, entre outros), de acordo com ARAÚJO *et al* (2007), tem permitido desenvolver algumas versões que se distinguem da original, por aumentarem ou diminuírem as atividades avaliadas ou ainda por alterarem o sistema de pontuação. A categorização não é unânime para todos os autores, ou seja, os pontos de corte nos escalões de dependência variam, nas diferentes modificações que foram efetuadas à escala (SEQUEIRA, 2010).

No SCG, onde decorreu o presente PIS, a escala que se encontra parametrizada em *SCLínico* – atual sistema informático de apoio à prática de enfermagem, utilizando a linguagem CIPE 1.0, utiliza a escala modificada de Barthel que se encontra em Anexo I.

No contexto clínico, a EB dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total, mas também, de acordo com as pontuações parciais para cada atividade avaliada, já que permite conhecer as incapacidades específicas da pessoa, permitindo adequar e planear os cuidados às suas necessidades básicas (ARAÚJO *et al.*, 2007).

A avaliação do grau de autonomia da pessoa é extremamente importante, na avaliação inicial de enfermagem, na planificação dos cuidados, assim como na alta clínica, tendo em conta as necessidades específicas de cada pessoa.

A recuperação funcional da pessoa após cirurgia ou período de internamento revela-se também um indicador importante, pois permite avaliar se a pessoa está apta para

retomar o seu contexto domiciliário ou se necessita de ajuda (ajuda de familiares, cuidados domiciliários, institucionalização). Na *praxis* verifica-se que nem sempre a pessoa apresenta, no momento da alta, a mesma autonomia de que era detentora no momento da admissão no serviço cirúrgico, quer tenha sido submetida a cirurgia ou não.

Segundo NUNES (2008) , a alta não significa total recuperação da pessoa e por isso é fundamental garantir a continuidade de cuidados, por parte da família, de instituições de saúde ou sociais, para que esta seja reintegrada com a maior autonomia possível.

Estamos de acordo com PINTO (2011), quando esta nos diz que o planeamento da alta é um processo complexo, que deve ser iniciado desde a admissão até ao dia da alta propriamente dito. A autora afirma que este processo implica a efetivação de uma série de procedimentos, nomeadamente a criação de um plano de alta, o qual deve envolver a pessoa, os profissionais de saúde e a família, sendo que a comunicação e a interligação entre esta equipa multidisciplinar é imprescindível, de modo a que o plano de cuidados a prestar vá de encontro às reais necessidades da pessoa e família. Também a OE (2011<sup>b</sup>) nos diz que o planeamento da alta da pessoa de acordo com as suas necessidades e os recursos da comunidade são um elemento importante face à sua readaptação funcional, de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Avaliar os diferentes níveis de dependência/incapacidade da pessoa internada torna-se assim um objetivo fundamental para a planificação adequada dos cuidados de saúde. Também na gestão e organização dos cuidados especializados, é imprescindível que haja rigor no planeamento dos mesmos, precedido obrigatoriamente de uma correta avaliação. Com o objetivo da excelência no exercício profissional, “*o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados*” (OE, 2011<sup>b</sup>, p.7). A correta utilização da EB na *praxis* e a procura de adequação do planeamento de cuidados no que respeita ao auto-cuidado, encontrando-se esta prática norteadas por diretrizes de procedimento, traduz-se numa metodologia de organização dos cuidados de enfermagem, promovendo assim a qualidade dos cuidados, sempre com vista à satisfação da pessoa, e por acréscimo a satisfação dos enfermeiros face à qualidade do seu exercício profissional.

Apresentada a teoria, conceitos e evidências que nos serviram de referencial no desenvolvimento do presente trabalho de projeto, introduzimos no próximo capítulo o PIS, que recorre à metodologia de projeto, pelo que serão explicitadas as suas fases.

## **2. Projeto de Intervenção em Serviço**

No presente capítulo apresentamos o PIS, desenvolvido no decorrer dos estágios I, II e III. De acordo com BOUTINET (1996, p.193), *“o projecto emerge sempre de uma análise suficientemente cerrada da situação, análise que deve ter por função principal, para lá de um reconhecimento do terreno, identificar as oportunidades existentes”*.

Sendo a metodologia de projeto constituída por 5 etapas, de acordo com FERRITO, NUNES e RUIVO (2010), apresentamos o diagnóstico de situação, os objetivos definidos, seguido do planeamento, execução, avaliação e divulgação.

*“O contexto da acção é influenciado pela estrutura organizacional do trabalho e condiciona os indivíduos, levando-os a adoptar estilos de vida de acordo com as normas e regras da organização”* (DIAS, 2004, p.53). Na fase inicial, e de forma a enquadrar o PIS no ambiente onde se procedeu ao diagnóstico de situação e onde este foi desenvolvido, procedeu-se a uma breve contextualização organizacional, relativa ao local de estágio, que se apresenta no Apêndice I.

Assim, passamos a introduzir o PIS, com o diagnóstico de situação.

### **2.1. Diagnóstico de Situação**

Sendo o diagnóstico de situação a primeira etapa da metodologia de projeto, pressupõe-se a identificação do problema, utilizando instrumentos de colheita e análise de informação, selecionados de acordo com o contexto. De referir que, o diagnóstico de situação não é estanque, pelo que sofreu pontuais alterações ao longo da sua implementação, com base nas mudanças da realidade, dificuldades ou complicações que surgiram, tendo sido um processo dinâmico, permanente, e alvo de atualizações constantes, tal como prevêem FERRITO, NUNES e RUIVO (2010).

Serão de seguida apresentadas as análises efetuadas durante o período diagnóstico do estágio, a identificação do problema, refletindo sobre as necessidades que identificámos, e apresentando as ferramentas que nos permitiram chegar ao diagnóstico. Apresentamos os problemas parcelares que constituíram o problema geral, delineámos

prioridades de atuação e definimos objetivos, geral e específicos. Foi utilizado, como documento orientador da etapa de diagnóstico, o documento da ESS, cujo preenchimento nos foi proposto ao longo da etapa diagnóstica, e se revelou de grande utilidade como fio orientador das etapas a desenvolver (Apêndice II).

A etapa diagnóstica foi, de certa forma, facilitada pelo conhecimento prévio do funcionamento do SCG. Pretendíamos atuar numa área que trouxesse benefícios reais e evidentes ao SCG, ao nível da melhoria da qualidade, e que ao mesmo tempo comportasse motivação pessoal para desenvolvimento do projeto.

DIAS (2004, p.33) diz-nos que *“a motivação é a chave da aprendizagem, ela depende das necessidades sentidas e dos objectivos que estão em conformidade com o indivíduo, o que persegue de forma prioritária e, acima de tudo, depende do interesse do próprio”*. Uma das motivações pessoais, enquanto área de atuação, é a eficaz gestão de cuidados como medida promotora da qualidade dos mesmos. Foi esta motivação que nos conduziu, após perceber necessidades de atuação, à área que abordamos no PIS: a avaliação funcional da pessoa (para a qual é utilizada a escala modificada de Barthel no SCG). A pertinência da incidência nesta área de atuação foi discutida com a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora e com a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe do SCG.

Com a necessidade de olhar para o serviço que já conhecíamos com uma visão diagnóstica, surgiu a consciencialização da incerteza quanto aos procedimentos de avaliação funcional da pessoa e seu registo. De acordo com DIAS (2004, p.91), *“o conhecimento adquire-se a partir de questões que se levantam, expectativas que se criam, hipóteses que se avançam e verificam, descobertas que se fazem”*. Assim, pesquisou-se a nível institucional sobre diretrizes de procedimento ou normas nesse sentido, percebendo-se a sua ausência, e encontrando-se aí uma “zona cinzenta” quanto à forma preconizada de atuação, não só a nível da utilização da escala modificada de Barthel, parametrizada no *SClínico* a nível institucional, como nas especificidades do seu registo. A sua vez, na etapa diagnóstica, procedeu-se a uma observação sumária dos registos de enfermagem em *SClínico*, relacionados com a avaliação funcional, percebendo-se uma evidente disparidade nestes registos, relativamente aplicação e registo da EB.

A definição do problema foi feita através do método dedutivo: tomámos a nossa incerteza quanto à forma de proceder como mecanismo de arranque da investigação, para alcançar dados específicos e singulares (FERRITO, NUNES e RUIVO, 2010. O problema

geral identificado foi então a inexistência de uniformização de procedimentos relativamente à avaliação funcional das pessoas internadas e respetivo registo.

Como já fundamentámos previamente, a avaliação do grau de autonomia da pessoa é extremamente importante, quer na avaliação inicial de enfermagem (constatou-se que esta não estava a ser registada apesar de ser um parâmetro alvo de auditorias clínicas, de acordo com MARTINEZ *et al* - 2012), quer na planificação dos cuidados de enfermagem, tendo em conta as necessidades específicas de cada pessoa.

Ao aprofundar esta área de atuação, utilizámos como instrumentos de diagnóstico, de forma a identificar e validar os problemas aos quais pretendíamos dar resposta, entrevistas não estruturadas com elementos da equipa de enfermagem, sobre utilização da referida escala, e consulta dos processos de enfermagem das pessoas internados no SCG. Esta consulta ocorreu durante um dia de prestação de cuidados em contexto de estágio, e para a qual se criou uma grelha de verificação (Apêndice III), de forma a objetivar o que se pretendia verificar e a registar o observado, sem identificar qualquer pessoa, de forma a cumprir todos os procedimentos éticos e legais associados a esta prática. A escolha destes métodos foi influenciada pelo tipo de informação que pretendíamos recolher, bem como pelo momento em que a avaliação foi realizada.

As entrevistas não estruturadas, de carácter exploratório (onde se utilizaram questões maioritariamente abertas sobre o tema), foram realizadas em diferentes turnos e tiveram o intuito, além de auxiliar na fundamentação do diagnóstico, envolver e incluir a equipa de enfermagem no projeto desde a fase inicial, começando pela validação do problema. Os profissionais foram ainda incentivados a dar a sua opinião acerca do tema e da aceitação de um projeto com incidência nesta área. Através da análise das respostas foi possível identificar algumas necessidades de orientação diretamente relacionados com o preenchimento da escala: incerteza sobre o preenchimento relativamente à especificidade de cada item que a constitui; necessidade de clarificação sobre os momentos em que deve ser aplicada; necessidade de definir a periodicidade com que deve ser planeada (e se deve ou não variar de acordo com o grau de dependência das pessoas).

Por outro lado, com a consulta dos processos de enfermagem de todas as pessoas internados num mesmo dia, foi possível constatar que existiam várias lacunas nos registos de enfermagem, relacionados com a avaliação funcional da pessoa através da EB. Esta

consulta permitiu ainda a recolha de informações de natureza objetiva, com dados quantitativos e qualitativos, que se passam a apresentar.

Para facilidade na compreensão e leitura serão apresentados os dados desta consulta em forma de percentagem, corroborados com a respetiva representação gráfica, sendo que os dados brutos do estudo podem ser consultados no Apêndice IV.

Foram consultados, em determinado dia do mês de março de 2014, 56 processos de enfermagem, correspondentes à totalidade de pessoas internadas no SCG nesse dia, utilizando a grelha de apoio já referida, tendo-se concluído que:

- Apenas 5% dos processos, tinha registado na avaliação inicial de enfermagem o *score* da EB, de acordo com o Gráfico 1- **Percentagem de processos com o *score* da escala de Barthel registado na avaliação inicial de enfermagem na etapa diagnóstica do PIS**. Este registo é um parâmetro de avaliação nas auditorias clínicas (MARTINEZ *et al* – 2012);

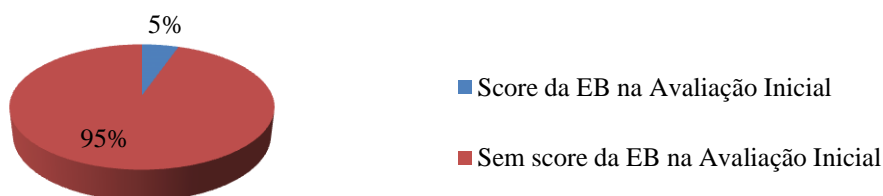


Gráfico 1- Percentagem de processos com o *score* da escala de Barthel registado na avaliação inicial de enfermagem na etapa diagnóstica do PIS

- Encontraram-se 34% de processos com a intervenção “monitorizar capacidade funcional através da EB” planeada, conforme Gráfico 2 (dos quais apenas 42% se encontravam com o último registo corretamente preenchido - sem erros de preenchimento - Gráfico 3 - e 37% apresentavam coerência com os focos de enfermagem diagnosticados - Gráfico 4).



Gráfico 2 - Percentagem de processos com a intervenção "monitorizar a capacidade funcional através da escala de Barthel" planeada, na etapa diagnóstica do PIS

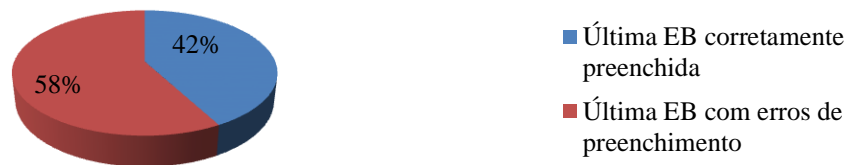


Gráfico 3 - Percentagem de processos com o último registo da EB corretamente preenchido, na etapa diagnóstica do PIS



Gráfico 4 - Percentagem de processos com coerência entre o último registo da escala de Barthel e os diagnósticos de enfermagem, na etapa diagnóstica do PIS

- Os principais erros identificados no preenchimento da escala foram: não preenchimento de 1 ou mais itens (7 casos); preenchimento incorreto dos itens “deambulação” e “cadeira de rodas” (10 casos) - Gráfico 5.

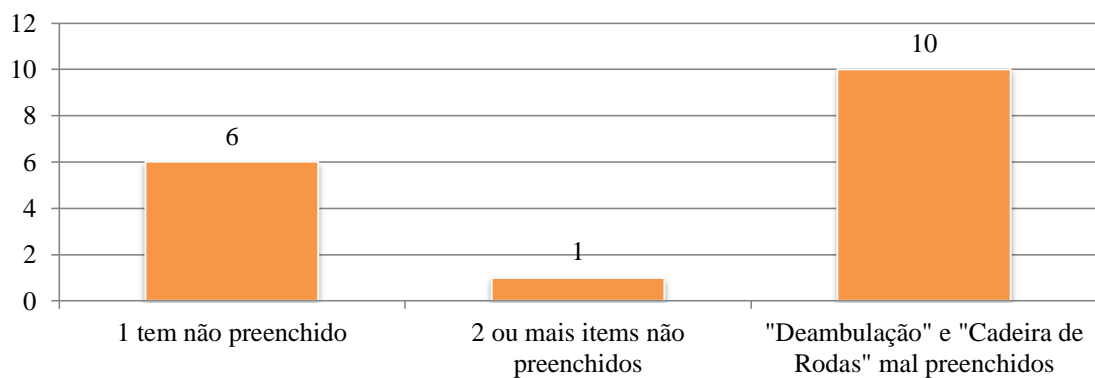


Gráfico 5 - Erros identificados no preenchimento da escala, no último registo da mesma, na etapa diagnóstica do PIS

- Encontrou-se apenas um processo com a EB bem registada, sem erros, e simultaneamente com coerência relativamente aos focos de enfermagem diagnosticados.



- Verificou-se ainda grande disparidade na periodicidade do planeamento da intervenção e planeamento da mesma de acordo com o grau de dependência da pessoa, de acordo com o Quadro 1;

Periodicidade Grau De dependência	Diário	2/2 dias	3/3 dias
Dependente	2	3	1
Moderadamente dependente	8	1	0
Independente	2	1	1

Quadro 1 - Distribuição no número de processos de acordo com a periodicidade de monitorização da capacidade funcional através da EB *versus* grau de dependência nos auto-cuidados da pessoa, na etapa diagnóstica do PIS

Perante os dados apresentados, revelou-se evidente a necessidade de atuação nesta área, nomeadamente a necessidade de formação da equipa de enfermagem e otimização da aplicação da EB, sob diretrizes explícitas na forma de proceder.

De sublinhar que foi consultada a intranet da instituição, de forma a perceber a existência de normas ou procedimentos de orientação, institucionais, sobre a aplicação e registo da avaliação funcional da pessoa através da EB, o que não foi encontrado.

De modo a reforçar a pertinência de atuação no âmbito da avaliação funcional da pessoa no SCG, procedeu-se à aplicação da ferramenta de gestão de diagnóstico Strengths, Weaknesses, Opportunities *and* Threats (SWOT), que pode ser consultada em Apêndice V, como método de análise da situação, sendo esta uma das técnicas mais utilizadas na elaboração de diagnósticos (FERRITO, NUNES e RUIVO, 2010).

A sua aplicação consiste no ordenamento de um quadro, composto por quatro quadrantes, onde se identificam as forças e fraquezas, como elementos internos no projeto, e as oportunidades e ameaças, como elementos provenientes do exterior. Este é um método que permite não só refletir, como também confrontar fatores positivos e negativos, projetados na implementação do projeto (SANTOS, SOBREIRO e CALCA, 2007).

Assim, identificaram-se como forças na implementação deste projeto: equipa de enfermagem dinâmica e de prevalência jovem; necessidade, sentida pelos profissionais, de melhorar e otimizar a gestão de cuidados e planeamento dos mesmos; inexistência de um procedimento sistematizado relativamente à avaliação funcional da pessoa e respetivo registo; existência de inconformidades no registo em *SClínico*, relativamente à avaliação

funcional da pessoa e diagnóstico de enfermagem nos auto-cuidados, comprovada através das consultas aos processos de enfermagem; evidência da importância e contributos da avaliação funcional da pessoa no processo reabilitativo pós-cirúrgico; reconhecimento, por parte da equipa, de necessidade de formação relativamente à aplicação da EB.

No que concerne a oportunidades, o PIS constitui um contributo à melhoria da qualidade, sendo que os princípios de qualidade e procura de excelência integram a política de enfermagem da instituição, além de que é um projeto inovador no serviço. Por outro lado, o *score* funcional da pessoa, utilizando a EB, é um parâmetro de avaliação de auditorias clínicas aos registos em *SClínico*, e dadas as lacunas encontradas neste âmbito, esta é uma oportunidade de melhoria na pontuação das auditorias clínicas.

Relativamente aos aspetos negativos, foram encontradas como fraquezas na aplicação do projeto: o risco de insuficiente adesão dos elementos da equipa aos momentos de formação; o risco de desmotivação, por parte da equipa, para participar na formação, colocar em prática os instrumentos e orientações propostas; o risco de reduzida disponibilidade em tempo útil, por parte da equipa, para colocar em prática os instrumentos e orientações propostas; o facto de o projeto ser desenvolvido concomitantemente com semelhantes projetos de intervenção em serviço, realizados por outras colegas do Mestrado em EMC. Como ameaça, foi apenas identificada a conjuntura atual político-económica, que interfere na motivação e desempenho dos profissionais, como factor externo negativo.

Ao aplicar a ferramenta de diagnóstico SWOT, verificou-se a prevalência de fatores positivos para a aplicação do projeto, quer endógenos (forças), que exógenos (oportunidades), relativamente aos fatores negativos, o que vem reforçar a pertinência da implementação de um projeto nesta área, uma vez que tanto o ambiente interno como o ambiente externo são favoráveis à realização do mesmo. O projeto revelou-se ser sustentável, não havendo qualquer constrangimento relacionado com falta de recursos humanos ou financeiros para a sua execução.

Sendo a identificação do problema um elemento fulcral na realização do diagnóstico, tal como nos referem FERRITO, NUNES e RUIVO (2010), esta etapa requer a identificação dos problemas mais relevantes que constituem o problema geral. As ferramentas diagnósticas apresentadas contribuíram assim neste sentido. Identificámos então como problemas parcelares, a partir do problema geral: necessidade de clarificação, por parte da equipa de enfermagem, sobre a correta aplicação e registo da EB (os

profissionais apresentam dúvidas quanto à escala, relativamente às especificações de cada item que a constitui); necessidade de uniformização de procedimentos quanto à periodicidade de avaliação funcional e respetivo registo; inexistência do registo de avaliação funcional da pessoa na avaliação inicial de enfermagem da mesma; inexistência da planificação de avaliação funcional da pessoa no planeamento de cuidados em grande parte dos processos de enfermagem; incoerência dos graus de dependência registados na EB com o *status* de dependência registado no diagnóstico de enfermagem e respetivo planeamento de cuidados; e ausência do registo do *score* da EB nas cartas de transferência das pessoas no momento de alta/transferência e nas cartas de sinalização da pessoa para a rede de cuidados continuados.

Nesta sequência, determinámos as prioridades de atuação. Como primeira prioridade, identificámos a necessidade pessoal de aprofundamento de conhecimentos na área da avaliação funcional da pessoa através da EB, de forma a construir um projeto sólido e fundamentado, bem como a ser um bom veículo de transmissão de conhecimentos neste âmbito aos elementos da equipa de enfermagem, e ser um elemento indutor da mudança de comportamentos atuais no que respeita à atual aplicação da EB no SCG.

A realização de uma proposta para a criação de um procedimento, a utilizar no SCG, relativamente à periodicidade de aplicação e registo da EB e respetivo horário a atribuir à intervenção, pareceu também ser uma prioridade de atuação, uma vez que vem permitir uma evidente uniformização de procedimentos.

A formação da equipa de enfermagem relativamente à avaliação funcional das pessoas internadas no SCG (nomeadamente no que diz respeito a aplicação correta da EB e respetivo registo, periodicidade de avaliação funcional, e coerência nos registos da avaliação funcional da pessoa através da EB com os focos de enfermagem diagnosticados, relativamente aos auto-cuidados) apresentou-se como uma prioridade de atuação.

Outra das prioridades identificadas foi a divulgação, junto de todos os computadores de registos de enfermagem, através de um documento afixado, da EB e especificidades da mesma, com a finalidade de elucidar sobre a sua correta aplicação e periodicidade em que deve ser realizada. Este documento permite a sistematização dos procedimentos, de rápido acesso a qualquer elemento da equipa de enfermagem.

Solicitar, junto dos respetivos responsáveis, a inclusão do registo da EB na folha de sinalização para a rede de cuidados continuados, parece-nos ser também uma prioridade

de atuação, uma vez que, atualmente, apenas constam do referido documento, o índice de Lawton e o índice de Katz. A inclusão da EB nesta ficha de avaliação constitui uma mais valia, uma vez que uniformizamos a linguagem utilizada (de referir que nem a escala de Lawton nem a escala de Katz se encontram disponíveis em *SClínico*), além de que a identificação do grau de dependência da pessoa será facilitada, indicador de grande importância no processo de acesso à rede de cuidados continuados.

A divulgação do projeto é também uma prioridade, pois só divulgando-o, será possível implementá-lo com sucesso, além de que a divulgação após a sua implementação irá trazer contributos à comunidade académica.

Após esta etapa, procedeu-se à formulação de objetivos.

## 2.2. Definição de Objetivos

Através dos problemas identificados, foram formulados objetivos. De acordo com BARBIER (1996), estes são representações antecipadoras da ação, indispensáveis num ato de planificação, sendo a sua formulação fulcral na metodologia de projeto. Também DIAS (2004, p.67) refere que para que o processo de mudança seja conduzido com sucesso, “(...) *terá que ser maduramente pensado e negociado quanto às metas que se pretendem atingir*”. Assim, só é possível passar à etapa de planeamento após a construção de objetivos.

Assim, formulámos como objetivo geral da implementação do PIS, **promover a qualidade dos cuidados de enfermagem através da otimização da intervenção dos enfermeiros no domínio da avaliação funcional da pessoa internada no SCG.**

Como objetivos específicos, de forma a concretizar o objetivo geral, projetámos: promover a uniformização de procedimentos no SCG, relativos à avaliação funcional das pessoas internadas e respetivo registo, utilizando a EB; promover a otimização do registo em *SClínico*, acerca da avaliação funcional da pessoa através da EB; avaliar a implementação do projeto; e divulgar o PIS.

Delineados os objetivos para os quais o projeto foi direcionado, apresentamos de seguida o planeamento do projeto.

## 2.3. Planeamento do Projeto

De acordo com NOGUEIRA (2005), deverá ser formulado um plano de ação para cada um dos objetivos formulados. É nesta sequência que surge o planeamento do projeto. Foi utilizado, como documento orientador nesta fase, o documento da ESS (Apêndice VI), e onde se encontra a informação seguidamente apresentada, de forma sintética e esquematizada. De referir que os seus apêndices não foram colocados, uma vez que são parte integrante dos apêndices do presente documento.

Nesta etapa realizámos o levantamento de recursos, a definição de atividades a desenvolver e métodos a utilizar, bem como a realização do cronograma do projeto.

Importa salientar que as atividades e estratégias planeadas coadunam diretamente com os objetivos formulados, pelo que serão apresentadas no âmbito de cada um. De forma a conferir mensurabilidade e critérios de avaliação aos mesmos, foram formulados indicadores de avaliação, que serão concomitantemente apresentados.

Relativamente ao objetivo **“promover a uniformização de procedimentos no SCG, relativos à avaliação funcional das pessoas internadas e respetivo registo, utilizando a EB”**, foram delineadas inúmeras atividades. Estas consistiram inicialmente na realização de uma revisão da literatura, de forma a colmatar as necessidades pessoais de aprofundar conhecimentos sobre a avaliação funcional da pessoa, e ao mesmo tempo apresentar suporte e fundamentação teórica ao PIS, baseada na evidência. Segundo a OE (2006), uma prática baseada na evidência constitui um pré-requisito para a excelência e segurança dos cuidados, bem como para a otimização dos resultados de enfermagem.

Nesta etapa de planeamento ponderámos a utilização da metodologia de revisão sistemática da literatura, contudo, após nos fundamentarmos sobre esta, concluímos que a mesma constitui por si só um trabalho de investigação, e para a qual não dispúnhamos de tempo útil (*“leva no mínimo entre três meses, a um ano”* – RAMALHO, 2005, p. 33), uma vez que pretendíamos implementar durante o período de estágio não só o PIS mas também o PAC. Assim, enveredámos por uma revisão narrativa da literatura, que respondeu ao nosso propósito, uma vez que esta se destina a *“descrever a história ou o desenvolvimento de um problema, (...) a discutir os assuntos sobre o ponto de vista teórico ou contextual (...) estabelecer analogias ou interligar áreas de pesquisa interdependentes, com o objetivo de promover um enfoque multidisciplinar ou de clarificar ideias”* (Ibidem).

Planeou-se assim uma revisão da literatura, que apesar de não ser com o rigor sistemático, seguiu os princípios do mesmo, nomeadamente a partida de uma questão específica, utilizando fontes abrangentes, efetuando análise e avaliação da qualidade dos artigos e seleção dos mesmos (através da leitura dos seus *Abstract*, identificação de palavras-chave, pertinência do assunto e atualização do artigo), extração e síntese dos dados, com inferências baseadas em resultados de pesquisa clínica (*Idem*). Efetuámos a consulta na biblioteca da ESS-IPS, acerca da temática, e na Internet, em bases de dados científicas, partindo da questão “quais as evidências sobre avaliação funcional da pessoa através da EB em Portugal, num serviço cirúrgico?”, utilizando os termos “avaliação funcional”, “escala de Barthel”, “avaliação funcional num serviço cirúrgico”, “importância da avaliação funcional”, “auto-cuidado”, entre outros, nas suas variações de português e inglês.

Após a revisão bibliográfica, planeou-se a seleção, com fundamentação na mesma, e com base nos problemas identificados na etapa diagnóstica, dos aspetos a intervir no domínio do registo em *SClínico* acerca da avaliação funcional da pessoa através da EB, de forma a identificar os aspetos mais importantes a incluir no planeamento da formação.

Uma das principais atividades previstas foi a criação de uma proposta de procedimento para o SCG sobre aplicação e registo da EB, bem como análise e discussão da mesma com a Sr.<sup>a</sup> enf.<sup>a</sup> orientadora, Sr.<sup>a</sup> enf.<sup>a</sup> Chefe e Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> orientadora.

Por outro lado, projetou-se também a construção de proposta de um instrumento de apoio à aplicação e preenchimento em *SClínico* da EB e afixação do mesmo junto aos locais de registo, após a sua autorização.

De forma a garantir que a informação necessária sobre aplicação e registo da EB chegava a todos os elementos da equipa de enfermagem, planeou-se a criação de um cartão de bolso, com a informação sintetizada, tal como entrega do mesmo a cada elemento da equipa, utilizando uma *check list* pessoal, de forma a garantir que ninguém seria esquecido.

Outra das principais atividades delineada, foi a realização de sessões de formação à equipa de enfermagem relativamente à avaliação funcional das pessoas internadas no SCG. Neste âmbito, e de acordo com o despacho de autorização da Direção de enfermagem à realização do PIS, projetou-se a realização do planeamento das sessões, no âmbito da formação em serviço.

De acordo com DIAS (2004, p.17) “*a formação em serviço surge como estratégia de actualização em contexto de trabalho de uma forma dinâmica, envolvendo todos os intervenientes*”. Esta, é “*uma forma de os enfermeiros reflectirem sobre a prática dos cuidados de enfermagem que prestam na unidade de trabalho, tendo como meta final a melhoria da qualidade do desempenho*” (Idem, p.45). Quanto mais frequentes forem estas oportunidades, maiores serão os avanços na qualidade de prestação de cuidados.

Os aspetos que se pretendiam essencialmente abordar na formação, de acordo com os problemas diagnosticados, eram: a aplicação correta da EB e respetivo registo da mesma; a periodicidade de avaliação funcional; e a coerência na avaliação funcional da pessoa, através da EB, com os focos de enfermagem diagnosticados, relativamente aos auto-cuidados e AVD's. Ainda no âmbito da formação, planeou-se a construção dos materiais de suporte para a formação da equipa; e a divulgação da mesma através de cartaz informativo. A realização de formação da equipa de enfermagem previu-se que seria realizada em 6 sessões de curta duração, a realizar em horário de forma a abranger o maior número possível de profissionais. Planeou-se também uma avaliação dos momentos formativos, através de impressos próprios existentes na instituição.

Outra das atividades previstas, de forma a atingir o objetivo supra-citado, foi a divulgação do PIS no serviço, à equipa de enfermagem, nos momentos de formação planeados, assim como, momentos de passagem de turno, e em especial aos chefes de equipa, de forma a que a informação fosse transmitida a todos os elementos da equipa.

Os indicadores delineados para a avaliação da consecução deste objetivo são: apresentação de fundamentação teórico-concetual no presente relatório de trabalho de projeto sobre avaliação funcional da pessoa através da EB em serviço cirúrgico; apresentação de proposta de procedimento para o SCG, sobre a avaliação funcional da pessoa através da EB; apresentação de uma proposta de documento orientador para aplicação e registo em *SClínico* da EB no SCG; apresentação de uma proposta de cartão de bolso de apoio à aplicação e registo em *SClínico* da EB; apresentação de planeamento da sessão de formação; realização de sessão de formação à equipa de enfermagem; entrega de cartão de bolso desenvolvido a toda a equipa de enfermagem, assegurando que todos tiveram acesso à informação; e apresentação dos resultados obtidos na avaliação da formação, no presente relatório de trabalho de projeto;

Para consecução do objetivo referido, previu-se que os recursos materiais necessários fossem computador com acesso à Internet; computador com acesso à rede privada virtual (VPN) do IPS; computador com acesso à Intranet da instituição; papel e caneta, computador com programa de edição de texto e edição de apresentações multimídia, impressora, papel A4, tesoura, folha de plastificação (para cartões de bolso) e equipamento de projeção. A utilização deste material está relacionada, respetivamente, com a necessidade de: realização de pesquisa bibliográfica, tanto na internet, como na intranet e em VPN do IPS; articulação com a Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> orientadora; elaboração, apresentação e impressão dos instrumentos e documentos inerentes ao projeto.

Relativamente aos recursos humanos, e visto que uma das principais atividades delineadas no âmbito deste objetivo é a realização de formação, ao longo deste processo “*é fundamental a articulação entre todos os intervenientes*”, pois “*só assim poderá haver efectividade na formação e consequentemente na mudança. O diálogo entre formadores, formandos e gestores é crucial, mas terá que haver uma ligação muito estreita entre estes e os Departamentos de Formação, pois é certo que a formação em serviço, para além de ter que ir ao encontro dos objetivos individuais da unidade de cuidados, terá também de ir ao encontro dos objetivos institucionais*” (DIAS, 2004, p.144-145).

Importa referir que a articulação com o Departamento de Formação foi efetuada, assim que procedido ao diagnóstico de situação e identificadas as necessidades de formação na equipa de enfermagem. A sugestão do Departamento de Formação, foi que a formação necessária fosse realizada no contexto de formação em serviço.

Previu-se também desde início a necessidade de articular com a Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> orientadora, para obtenção de contributos científicos e metodológicos, tão essenciais à realização e implementação do projeto. Com a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora, para que o projeto fosse adaptado às necessidades e recursos disponíveis no serviço, pois, de acordo com FERRITO, NUNES e RUIVO (2010, p.23), “*é de extrema importância a participação do orientador, uma vez que este pode disponibilizar recursos materiais e humanos imprescindíveis para o processo de execução do projeto*”. A utilidade e pertinência do PIS foram também aspetos discutidos com a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora. Para além disso, foi necessário articular para a obtenção de contributos científicos e profissionais.

Necessitámos também articular com as Sras. Enf.<sup>as</sup> Chefes (a referir que o projeto decorreu durante um período com duas chefias de enfermagem do serviço diferentes, por



aposentação da primeira). Esta articulação justifica-se pela importância do facto de estas estarem a par de todas as ocorrências no serviço, havendo necessidade de lhes comunicar sobre as ocorrências de cada etapa do projeto, bem como obter *feedback* e autorização sobre as intervenções planeadas. Também na fase de realização de formação à equipa de enfermagem, esta ligação é essencial, uma vez que, segundo DIAS (2004, p.133), relativamente à articulação com a chefia no processo de formação, “*a ligação entre os formadores e os gestores deve estar presente ao longo do planeamento, do desenvolvimento e avaliação das práticas formativas, mas também ao nível do impacto da formação no desempenho dos formandos*”.

A articulação com o Sr. Diretor do serviço foi também necessária (para obtenção das autorizações necessárias à realização e implementação do projeto), e por último, mas não menos importante, a equipa de Enfermagem (pois toda a equipa é alvo deste projeto, e o seu envolvimento é indispensável para o seu sucesso. Mais especificamente, a equipa foi incentivada a dar contributos e sugestões para o projeto, a participar nas sessões de formação previstas, e a implementar o projeto através da correta utilização e respetivo registo em *SCLínico* da EB).

No que respeita ao objetivo “**promover a otimização do registo em *SCLínico*, acerca da avaliação funcional da pessoa através da EB**”, algumas das atividades delineadas foram ao encontro das já referidas no objetivo anterior: construção de proposta de instrumento de apoio à aplicação e preenchimento em *SCLínico* da EB e afixação do mesmo junto aos locais de registo; construção de cartão de bolso de apoio à aplicação e registo em *SCLínico* da EB e validação do mesmo com a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora, Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe e Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> orientadora e entrega do mesmo a todos os elementos da equipa de enfermagem; realização de formação à equipa de enfermagem (e todas as atividades daí inerentes – planeamento, criação de material de apoio, divulgação, incentivo à participação, execução e avaliação, já referidas); divulgação do projeto de intervenção no serviço à equipa de enfermagem nos momentos de formação planeados, assim como, momentos de passagem de turno, para que a informação seja transmitida a todos os elementos da equipa; e disponibilização de apoio a toda a equipa de enfermagem para realização dos registos relativos à avaliação funcional da pessoa através da EB.

Relativamente à última atividade descrita, partilhamos a opinião de DIAS (2004), que refere que para que a formação tenha visibilidade na *praxis*, é necessário haver um

acompanhamento por parte do formador, na prática dos cuidados. É normal que surjam dúvidas quando o enfermeiro se depara com atividades a desenvolver, “(...) *em que é necessário um “saber transformar” para pôr em prática a formação em serviço. Para haver continuidade da formação (...) torna-se necessário um acompanhamento por parte do formador (...), no sentido de ajudar os formandos no desenvolvimento de competências através de formação informal desenvolvida «in loco»*” (Idem, p.154).

Como indicadores de avaliação foram formulados: apresentação de uma proposta de documento orientador para aplicação e registo em *SClínico* da EB; apresentação de uma proposta de cartão de bolso de apoio à aplicação e registo em *SClínico* da EB; apresentação de planeamento da sessão de formação; realização de sessão de formação à equipa de enfermagem; entrega de cartão de bolso a toda a equipa de enfermagem, assegurando que todos tiveram acesso à informação;

Os recursos materiais identificados como necessários para realização destas atividades foram computador com acesso à Internet, papel, caneta, computador com programa de edição de texto e edição de apresentações multimédia, impressora, papel A4, tesoura, material de plastificação e equipamento de projeção. Os recursos humanos com quem se previu articular são a Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> orientadora, a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora, a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe e a equipa de enfermagem, pelas razões já referidas anteriormente.

Relativamente ao objetivo **“avaliar a implementação do projeto”**, definimos como atividades a desenvolver: reflexão contínua sobre o processo de implementação do projeto; reformulação de atividades planeadas sempre que necessário, de acordo com a avaliação contínua e possíveis dificuldades que surjam no decorrer do projeto; realização de consulta aos processos de enfermagem em *SClínico*, para colheita de dados relativamente aos registos de avaliação funcional da pessoa através da EB no SCG, em 2 momentos (primeiro momento cerca de 3 semanas após realização de formação à equipa de enfermagem, e segundo momento cerca de 6 semanas), a todos os processos de enfermagem do serviço, com supervisão do elemento auditor dos registos de enfermagem no SCG (Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora), e utilizando a mesma grelha que foi utilizada no diagnóstico de situação. De acordo com MEIGNANT (1999, p.262), a transferência dos conhecimentos adquiridos em formação para a situação de trabalho *“pode ir de algumas semanas a seis meses após a formação”*, e tendo em conta o período de tempo no qual pretendemos implementar e avaliar o projeto, justificamos assim a fixação destes prazos.

Pretendemos ainda, no âmbito do objetivo supra-citado, proceder a: tratamento e análise dos dados recolhidos na consulta de processos; apresentação dos resultados da consulta de processos para avaliação dos registos em *SClínico*, acerca da avaliação funcional da pessoa através da EB no SCG, no presente relatório de trabalho de projeto.

Os indicadores de avaliação definidos são a apresentação de instrumento de apoio à consulta de processos em *SClínico*, para avaliação dos registos de enfermagem relacionados com a avaliação funcional da pessoa através da EB; e o aumento dos índices obtidos (na colheita de dados em *SClínico*, para avaliação da implementação do projeto), nas consultas após formação, 3 semanas e 6 semanas após a mesma, comparativamente com os índices obtidos na etapa de diagnóstico, utilizando os seguintes índices:

a)  $(\text{n.º de processos com registo do score da EB na avaliação inicial de enfermagem} / \text{n.º total de processos consultados}) \times 100$ ;

b)  $(\text{n.º de processos de enfermagem com intervenção "monitorizar capacidade funcional através da EB" planeada} / \text{n.º total de processos consultados}) \times 100$ ;

c)  $(\text{n.º de processos de enfermagem com coerência entre os registos da EB e os focos de enfermagem diagnosticados} / \text{n.º total de processos consultados}) \times 100$ ;

A apresentação e análise dos resultados da consulta de processos em *SClínico* para avaliação dos registos, no presente relatório, são também um indicador de avaliação.

Os recursos materiais identificados como necessários foram computador da instituição com acesso ao *SClínico*, papel, caneta, computador com programa de edição de texto e programa de edição de análise estatística, e impressora.

Os recursos humanos com quem se previu articular nesta fase foram a Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> orientadora, a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora e a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe.

No que concerne ao objetivo **“divulgar o PIS”**, a atividade delineada foi a formulação de um artigo de divulgação sobre a implementação do projeto e resultados da mesma, servindo-se do referido artigo, em apêndice ao presente relatório, como indicador de avaliação do objetivo.

Inicialmente tínhamos projetado a realização de um artigo científico na vertente de revisão sistemática da literatura sobre o tema, mas perante o que já referimos sobre a metodologia de revisão sistemática, considerámos também que seria mais interessante realizar o artigo na vertente de divulgação do projeto, explicitando as etapas da sua metodologia e as atividades realizadas no âmbito do mesmo. Assim, perspectivámos

enriquecer a comunidade profissional e académica com os contributos da implementação desta metodologia, e especificamente a sua aplicabilidade no serviço em questão, de forma a que esta, quem sabe, possa ser replicada/adaptada a outros serviços e instituições. Também a motivação pessoal foi maior neste sentido, visando uma perspetiva mais abrangente de divulgação do projeto.

Os recursos materiais necessários são um computador com *software* de edição de texto, papel, caneta e impressora e o elemento necessário para articulação na formulação do referido artigo é a Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> orientadora.

Relativamente ao tempo necessário para a realização destas atividades, desenvolvemos um cronograma (Apêndice VII), no qual é possível perceber a relação entre o tempo de estágio e os prazos para realização de cada atividade.

Dada a atual conjuntura económica do país e consequentemente dos serviços de saúde públicos, pretendeu-se implementar o PIS com os menores gastos e impacto financeiro possíveis, pelo que foram otimizados tanto quanto possível os recursos existentes no SCG. Previu-se que os custos financeiros associados à implementação do projeto se prendessem apenas com a impressão de material de apoio, bem como custos inerentes ao tempo despendido pelos recursos humanos já mencionados, custos inerentes ao uso de computador, impressora e material de projeção. O restante material e espaços físicos encontram-se disponíveis no serviço ou na posse da mestrandia responsável pelo desenvolvimento do projeto.

De referir ainda que, no decurso do PIS, foi necessário articular com o Sr. Dr. Diretor de serviço e a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Diretora de enfermagem, para obtenção das autorizações necessárias à realização e implementação do projeto, bem como com a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> responsável pelo serviço de Gestão da Formação, como elemento intermediário para entrega dos devidos pedidos de autorização, tendo esta também proposto que a formação decorresse no âmbito da Formação em Serviço.

Durante o planeamento do projeto, foi ainda efetuada uma previsão dos possíveis constrangimentos que seriam encontrados. Para isto, contribuiu também a sistematização efetuada através da análise SWOT, que nos facilitou a identificação dos aspetos causais das potenciais falhas, pelo que os constrangimentos identificados foram de encontro às fraquezas e ameaças encontradas, já referidas.

Através da tomada de consciência destes eventuais obstáculos ao sucesso da implementação do projeto, foi possível identificar ações a desenvolver no sentido de ultrapassar ou “suavizar” estes fatores.

Relativamente ao risco de insuficiente adesão dos elementos da equipa aos momentos de formação, planeou-se divulgar os momentos formativos através de cartaz informativo sobre a formação, afixando-o na sala de passagem de turno, bem como incentivar, pessoal e informalmente, os elementos da equipa de enfermagem, em momentos de passagem de turno, na semana antecedente à formação, para participação na mesma. Previu-se ainda planear os momentos de formação de forma pertinente, de modo a causar o menor transtorno possível aos elementos da equipa (sessão de formação curta e apelativa, realizada em horário que abrangesse o maior número de elementos possível).

No que respeita ao risco de desmotivação por parte da equipa, para participar na formação, colocar em práticas os instrumentos e orientações propostas, projetámos envolver e incluir a equipa de enfermagem desde a etapa diagnóstica do projeto até à sua implementação, começando pela validação do problema através de entrevistas não estruturadas, passando pelo incentivo à participação na construção do projeto com contributos e sugestões, de forma a aumentar a motivação do grupo na participação do projeto. O facto de a formação ser no âmbito da formação em serviço constitui, de acordo com DIAS (2004) também uma das estratégias ao aumento da motivação dos formandos, pois representa uma oportunidade de obtenção de certificado para o *curriculum*.

De acordo com DIAS (2004, p.68), “*o processo de adaptação na mudança não é fácil, na medida em que se procuram soluções alternativas para a resolução de problemas com os quais se depara na prática. Deve haver uma gestão da mudança muito cuidada, procurando desarmar mecanismos de resistência através da comunicação, da participação activa e da partilha da visão de futuro por todos (...)*”. Segundo o mesmo autor, para evitar estas resistências à mudança, é necessário que haja um conhecimento explícito dos objetivos, e implementar mecanismos de envolvimento e participação.

Relativamente ao risco de reduzida disponibilidade em tempo útil, por parte da equipa, para colocar em prática os instrumentos e orientações propostas, focámo-nos em adaptar o projeto à realidade do SCG, bem como clarificar desde o início a pertinência e os objetivos do mesmo. Considerámos ainda que oferecer disponibilidade para apoiar nos

registos em *SClínico*, relativos à avaliação funcional da pessoa através da EB, esclarecendo todas as dúvidas existentes, seria uma forma de minimizar este risco.

No que diz respeito ao facto de a atual conjuntura político-económica interferir na motivação e desempenho dos profissionais, consideramos que todas as medidas acima descritas promoveram a motivação da equipa perante a implementação do presente projeto.

Quanto ao facto de o projeto ser desenvolvido concomitantemente com outros projetos de intervenção em serviço, realizados por colegas do Mestrado em EMC, os esforços desenvolvidos foram no sentido de tirar partido deste momento em que o serviço se encontra numa fase de enriquecimento académico, em que as mudanças no sentido da melhoria contínua da qualidade são bem aceites, perspetivando a satisfação das pessoas, prevenção de complicações, diminuição do erro e melhoria dos cuidados. A agregação das diferentes temáticas no mesmo momento formativo, fazendo dele um momento de formação em serviço, bem como a apresentação fundamentada à equipa de enfermagem da importância do PIS, foram estratégias encontradas para motivar a mesma.

Surgiu ainda, já após a etapa diagnóstica, um outro possível constrangimento ao desenvolvimento do PIS, e que não foi identificado na ferramenta SWOT aplicada, relacionado com a mudança de chefia de enfermagem no SCG, por aposentação da primeira. Como estratégia, integrou-se a nova Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe no PIS, auscultando sugestões ou alguma alteração que considerasse pertinente.

Seguidamente apresentamos a relação entre a conceção e a ação, ou seja, a colocação em prática do projeto através da realização das atividades planeadas.

## **2.4. Execução do Projeto**

Na etapa de execução, materializou-se a realização daquilo que foi planeado (FERRITO, NUNES e RUIVO, 2010). Nesta etapa, houve necessidade de adaptar pormenores de acordo com novos valores que se foram levantando, nomeadamente a divulgação por parte da instituição de uma atualização ao guia orientador de registos em *SClínico*, a falta de disponibilidade por parte das identidades responsáveis para a inclusão do *score* da EB na folha de sinalização para a rede de cuidados continuados, e uma nova

chefia de enfermagem, pelo que, de acordo com LEITE, MALPIQUE e SANTOS (1989), o “desenrolar” do projeto foi aquele que a experiência mostrou como viável.

E apesar desta rutura entre o planeado e o executado ter sido mínima, as imprevisibilidades são potenciadoras do desenvolvimento de competências, através da resolução dos problemas, de acordo com NOGUEIRA (2005).

No que diz respeito às atividades desenvolvidas, foi efetuada, ao longo do desenvolvimento do projeto, uma revisão da literatura, de acordo com os parâmetros planeados, que se inclui na moldura teórico-concetual deste documento.

Importa referir que, apesar se não ter sido planeado inicialmente, uma das atividades desenvolvidas, associada à fase de investigação sobre evidência quanto à forma de agir relativamente à aplicação da EB (aplicação num serviço cirúrgico, frequência e momentos de aplicação), e precisamente pela lacuna bibliográfica encontrada no que respeita a diretrizes e *guidelines*, foi o envio de um *email* à OE, no qual se expôs o âmbito da realização do projeto e se questionou sobre a existência de diretivas por parte da OE no que respeita à avaliação funcional da pessoa em serviço cirúrgico. O respetivo departamento respondeu que a OE não tem publicada qualquer orientação neste âmbito.

Foi ainda efetuada articulação com o serviço de gestão de formação e o serviço de informática da instituição para obtenção dos dados de parametrização da escala em *SClínico*, que nos foram facultados.

Assim, realizou-se uma proposta de procedimento setorial (Apêndice VIII) para o SCG, sobre a aplicação e registo da EB, que foi analisado e discutido com a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora, Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe e Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> orientadora, de acordo com a realidade do serviço e com as necessidades do mesmo. Este documento aguarda aprovação.

Foi criado um cartão de bolso (Apêndice IX) auxiliar dos registos de enfermagem no que respeita à aplicação e registo da EB em *SClínico*, e foi entregue aos elementos que assistiram à formação, e posteriormente a todos os outros elementos que não assistiram. Foi utilizada uma *check list* com o nome de todos os enfermeiros do serviço, de forma a garantir a sua entrega a todos. Foi entregue também aos estudantes da licenciatura em enfermagem que se encontravam nesse período em estágio.

Relativamente às sessões de formação, foi feito um plano de sessão (Apêndice X), em que foram delineados como objetivos da mesma: dotar os formandos de conhecimentos sobre avaliação da capacidade funcional do doente e respetivo registo, utilizando a escala

modificada de Barthel (objetivo geral); apresentar brevemente o projeto de estágio na origem da presente formação; apresentar a escala modificada de Barthel: aplicação e registo em *SClínico*; sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da avaliação funcional da pessoa em processo de internamento, e respetivo registo; e promover a uniformização de procedimentos relativamente à temática apresentada (objetivos específicos). Como resultados, esperava-se que no final da sessão os formandos conseguissem aplicar corretamente a EB, em grupo, a um doente cirúrgico, cujos dados necessários para preenchimento da mesma foram fornecidos (história fictícia); e efetuar um teste, individual, e com um critério de êxito de, no mínimo, 75%.

A sessão de formação foi replicada 6 vezes, em 3 dias diferentes (2 vezes por dia, em horário definido das 9h às 12h e das 13h às 16h, sendo que nesses horários realizaram-se também outras duas formações, no âmbito de projetos de intervenção de colegas do curso de Mestrado), de forma a abranger o maior número possível de profissionais. Uma vez que o projeto de intervenção ocorre em simultâneo com a implementação de outros dois projetos, também em âmbito académico, optámos por juntar as sessões de formação, com o intuito de facilitar os elementos da equipa de enfermagem a participar em todas elas, com a concordância da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora e da Sr.<sup>a</sup> Enf. Chefe. Assim, o cronograma das sessões pode ser observado no Apêndice XI, documento o qual foi utilizado para divulgar as sessões no SCG. Este documento foi colocado em locais como as salas de passagem de turno e as salas de registos de enfermagem. Foi ainda efetuada divulgação da sessão de formação na rede social *Facebook*, em evento privado (apenas para os enfermeiros do serviço), sendo que vários elementos demonstraram o seu interesse e agrado não só pela realização da sessão, mas também pela ideia de utilizar a rede social como método de divulgação e até possibilidade de discussão sobre os assunto.

As sessões tiveram uma duração de 45 minutos cada uma, com intervalos de 15 minutos entre cada sessão, nos quais oferecemos um pequeno *coffee-break*, promotor da continuidade da discussão sobre o tema em ambiente informal. As sessões foram assim planeadas, para que não se tornasse um período exaustivo para os formandos, e que, pelo contrário, fosse um momento promotor de reflexão, apreensão e aquisição de conhecimentos, troca de ideias e convívio entre a equipa.



As sessões realizaram-se no âmbito de formação em serviço, e a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe fez o horário de enfermagem de acordo com as sessões planeadas, distribuindo mais profissionais nesses dias, como estratégia promotora de participação nas mesmas.

Foi criado um suporte em *PowerPoint*® para apresentar nas sessões. Ainda como documentos auxiliares à formação foi criada uma ficha com uma atividade de grupo, que se realizou como avaliação formativa da mesma – Apêndice XII e foi feita uma pequena ficha de avaliação e respetiva corrigenda, de forma a fazer a avaliação sumativa – Apêndice XIII.

Uma vez que a formação foi realizada com o caráter de formação em serviço, foram utilizados os documentos institucionais relativos a formação, para avaliação do formador e da formação – Anexo II, e registo de presenças.

Conforme planeado, foi realizada uma avaliação das formações, através da análise dos resultados obtidos nas sessões, quer a nível de avaliação sumativa da sessão, quer a nível de avaliação da sessão pelo formando.

Foi feita a divulgação do PIS no serviço, à equipa de enfermagem e chefes de equipa, nos momentos de formação planeados e nos momentos de passagem de turno.

Foi ainda criado um documento auxiliar dos registos de enfermagem (Apêndice XIV), que foi apresentado à equipa durante as sessões de formação, e posteriormente colocado junto a todos os locais de registo, com todas as indicações relativamente ao registo da EB em *SClínico*. Colocámos também a escala de Barthel modificada (que se encontra parametrizada) junto aos locais de registo, bem como as especificidades de cada item que a constitui, de forma a esclarecer possíveis dúvidas no preenchimento da mesma.

Todos os documentos que se criaram no âmbito do PIS foram apresentados e discutidos com a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora, a Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> orientadora e a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe, e todos os que foram alvo de apresentação ou divulgação careceram da sua autorização.

Após realização das sessões de formação, várias foram as vezes em que houve solicitação da equipa de enfermagem para apoio aos registos relativos à EB e para esclarecimento de dúvidas pontuais. Mostrámos sempre disponibilidade para esse apoio, e esclarecemos as dúvidas sempre que houve essa solicitação.

Elaborámos o artigo de divulgação do projeto, conforme planeado (Apêndice XV) e ambicionamos a sua publicação, de acordo com as oportunidades encontradas.

O PIS foi alvo constante de reflexão, acerca do seu percurso, dos seus contributos para o SCG e para o desenvolvimento de competências da mestranda.

Apresentada a formulação do projeto e sua implementação, passamos a apresentar os resultados, explicitando de seguida a etapa de avaliação do projeto.

## **2.5. Avaliação do Projeto**

É imprescindível na metodologia de projeto a etapa de avaliação. Esta, foi realizada de forma contínua, como preconizado por LEITE, MALPIQUE e SANTOS (1993). Foi realizada uma avaliação intermédia, simultaneamente à execução do projeto, e uma avaliação final, como produto do mesmo (FERRITO, NUNES e RUIVO, 2010). De forma a avaliar a sua implementação, foram integrados os quatro tipos de avaliação: operatória, permanente, participante e formativa (CARVALHO e DIOGO, 2001).

Na avaliação operatória, foram utilizados os indicadores de avaliação já traçados e apresentados na etapa de planeamento. A avaliação foi também permanente, uma vez que foi desenvolvida ao longo do projeto, através de momentos reflexivos sobre o percurso desenvolvido, e aplicados meios de regulação ao planeado, sempre que necessário; e participativa, visto que foi fomentada a participação de todos os elementos, inclusive da equipa de enfermagem, desde a etapa diagnóstica. A avaliação foi ainda formativa, visto que foram criadas condições de aprendizagem pessoais, através do desenvolvimento do projeto e consequente desenvolvimento de competências, e no sentido de transmitir conhecimento aos restantes intervenientes, nomeadamente à equipa de enfermagem.

A avaliação final contempla a comparação entre os objetivos inicialmente definidos e os atingidos, permitindo confrontar a sua pertinência. Foi ainda avaliada a correspondência entre as respostas encontradas e a problemática inicial, bem como as partes positivas e menos positivas do PIS, refletindo sobre possíveis estratégias a pôr em prática para minimizar os aspetos menos positivos (NOGUEIRA, 2005).

Os principais momentos de avaliação do projeto, consistiram na avaliação da formação, avaliação dos resultados obtidos na consulta dos processos de enfermagem 3 e 6 semanas após a formação, e na avaliação reflexiva com base nos resultados obtidos.

Relativamente à avaliação da formação, com as seis sessões, formámos 92,7% da equipa de enfermagem. Importa referir que, nos dias das formações, do total de 48 enfermeiros do serviço, apenas 42 se encontravam ativos (os restantes encontravam-se ausentes, em situação de atestado ou baixa médica). Destes 42 elementos, exclui-se, para efeitos de contabilização de abrangência de elementos pela sessão de formação, a promotora do projeto, sendo que se contabilizam 41 elementos ativos - Gráfico 6.



Gráfico 6 - Enfermeiros do serviço no momento de realização das sessões de formação

Destes, foram escalados em horário 32, para participação na sessão de formação; 6 elementos vieram fora do horário de trabalho (a referir, que a formação foi contabilizada para banco de horas, tendo sido efetuado o registo biométrico de presença); tivemos ainda a participação de 4 estudantes de enfermagem do curso de licenciatura, que se encontravam a realizar estágio no serviço - Quadro 2; Gráfico 7. No total, foi efetuada formação a 42 elementos: 38 enfermeiros e 4 estudantes de enfermagem. Da equipa de enfermagem, apenas não foram abrangidos pela formação 3 dos elementos ativos, aos quais foi posteriormente apresentado o projeto e os conteúdos abordados na formação, tendo sido entregue o cartão de bolso que foi entregue aos restantes, na formação.

	27 outubro		30 outubro		3 novembro	
	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde
Nº Total Enfermeiros	12	10	3	4	4	5
Nº Enfermeiros distribuídos em horário	11	8	2	4	3	4
Nº Enfermeiros fora horário de trabalho	1	2	1	--	1	1
Nº Estudantes	2	--	--	2	--	--
Sub-Total	14	10	3	6	4	5
Total	38 Enfermeiros + 4 Estudantes					

Quadro 2- Distribuição dos formandos nas sessões de formação

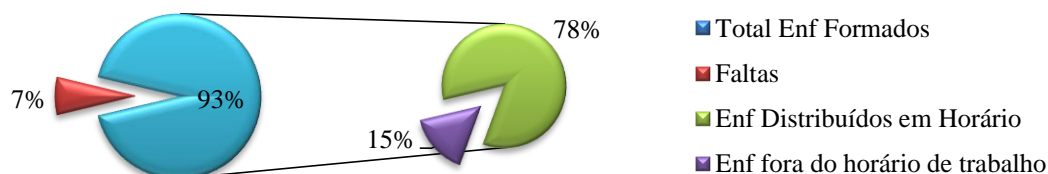


Gráfico 7 - Participação da equipa de enfermagem nas sessões de formação

Para avaliação formativa da sessão de formação, foi efetuada uma ficha de avaliação com questões de verdadeiro e falso, que foi recolhida no final da sessão, e entregue uma corrigenda. Das 42 fichas de avaliação recolhidas, todas tiveram uma pontuação de 100%, com a totalidade das respostas corretas (4 questões).

Relativamente à avaliação da sessão pelos formandos, foi utilizado o impresso em vigor na instituição, que avalia a sessão em 4 categorias (programa da ação, funcionamento da ação, apreciação global da ação e intervenção do formador), constituídas por diferentes parâmetros, numa escala de 1 a 4, sendo que 1 corresponde a Insuficiente, 2 a Suficiente, 3 a Bom e 4 a Muito Bom. A classificação da ação pelos formandos encontra-se sistematizada no Quadro 3, sendo que a prevalência de classificação foi de muito bom.

Categorias	Parâmetros	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Não respondeu
Programa da Ação	Objetivo	95% (40)	5% (2)	-	-	-
	Conteúdos	95% (40)	5% (2)	-	-	-
	Estrutura	88% (37)	12% (5)	-	-	-
	Utilidade do Tema	90% (38)	10% (4)	-	-	-
	Cumprimento do Horário	95% (40)	5% (2)	-	-	-
Funcionamento da Ação	Instalações	38% (16)	36% (15)	22% (9)	2% (1)	2% (1)
	Equipamentos e Meios Audiovisuais	79% (33)	19% (8)	-	-	2% (1)
	Documentação	88% (37)	10% (4)	-	-	2% (1)
Intervenção do Formador	Domínio dos temas e conteúdos abordados	78% (33)	10% (4)	-	-	12% (5)
	Clareza na linguagem utilizada	81% (34)	7% (3)	-	-	12% (5)
	Capacidade para esclarecimento de dúvidas	74% (31)	14% (6)	-	-	12% (5)
	Capacidade de motivação / relacionamento com os formandos	76% (32)	12% (5)	-	-	12% (5)
	Utilização de meios didáticos (PowerPoint®, vídeos, filmes)	81% (34)	7% (3)	-	-	12% (5)
	Cumprimento de horários	83% (35)	5% (2)	-	-	12% (5)

Quadro 3 - Classificação da ação de formação pelos formandos

Em relação às instalações, contempladas na categoria correspondente ao funcionamento da ação, importa referir que no primeiro dia de sessões, a sala utilizada para a realização das mesmas não foi a habitual sala de formações do serviço, mas sim uma sala bastante mais pequena que a primeira, por ser a única disponível nesse dia. Foi também nesse dia que tivemos o maior número de formandos, pelo que as condições não foram as desejáveis. Nos restantes dias, a formação decorreu na habitual sala de sessões do serviço. Assim, nem todos os formandos participaram na formação sob as mesmas condições, no que se refere às instalações onde esta decorreu.

Quanto aos equipamentos e meios audiovisuais, foi utilizado computador portátil conectado a projetor. A imagem foi projetada em tela de projeção. À exceção do computador portátil, os restantes equipamentos pertencem ao serviço.

Relativamente à categoria de apreciação global da ação, terceira categoria avaliada, passamos a analisar com maior detalhe, por apresentar também questões de resposta aberta. Dos 42 formandos, 40 consideraram que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho, e 2 não responderam a esta questão (Gráfico 8).

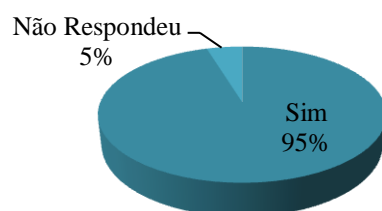


Gráfico 8 - Resposta dos formandos à questão "Considera que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho?"

Na sequência da questão anterior, surge a questão “se sim, de que forma?”, à qual 9 formandos não responderam. Dos 33 que responderam, várias foram as respostas dadas, algumas mais abrangentes que outras, tendo alguns inclusive apresentado mais que uma forma de como a sessão irá promover impacto no seu desempenho. Apesar de ser uma questão aberta, houve respostas bastante similares, pelo que apresentamos o Gráfico 9, no qual agrupámos as mesmas consoante as diferentes tipologias que surgiram.

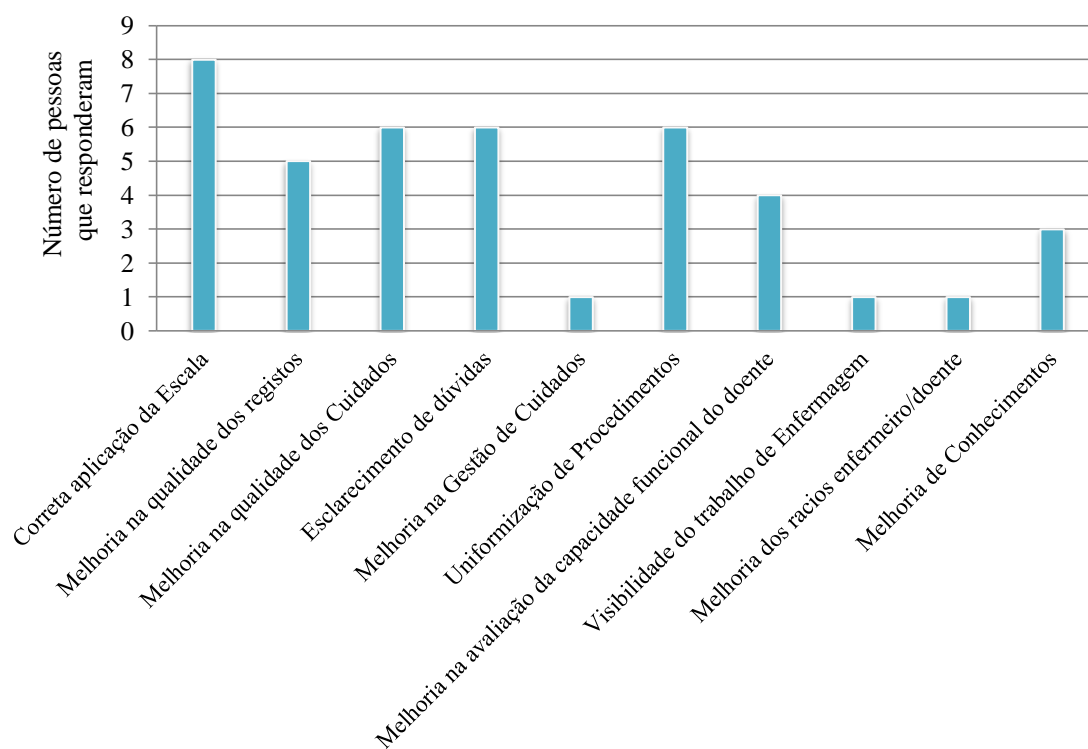


Gráfico 9- Respostas atribuídas à questão "De que forma a sessão terá impacto positivo no seu desempenho?"

Quanto à questão, “Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada?”, 33 formandos classificaram “Muito Boa”, 3 classificaram “Boa”, e 6 não responderam - Gráfico 10.

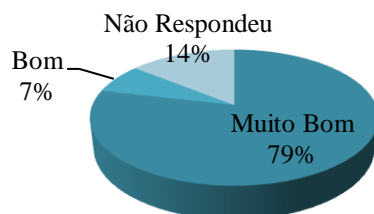


Gráfico 10- Avaliação da qualificação global da sessão de formação pelos formandos

Relativamente aos pontos fortes da sessão, apenas 11 formandos responderam a esta questão. Estes, encontram-se apresentados no Gráfico 11.

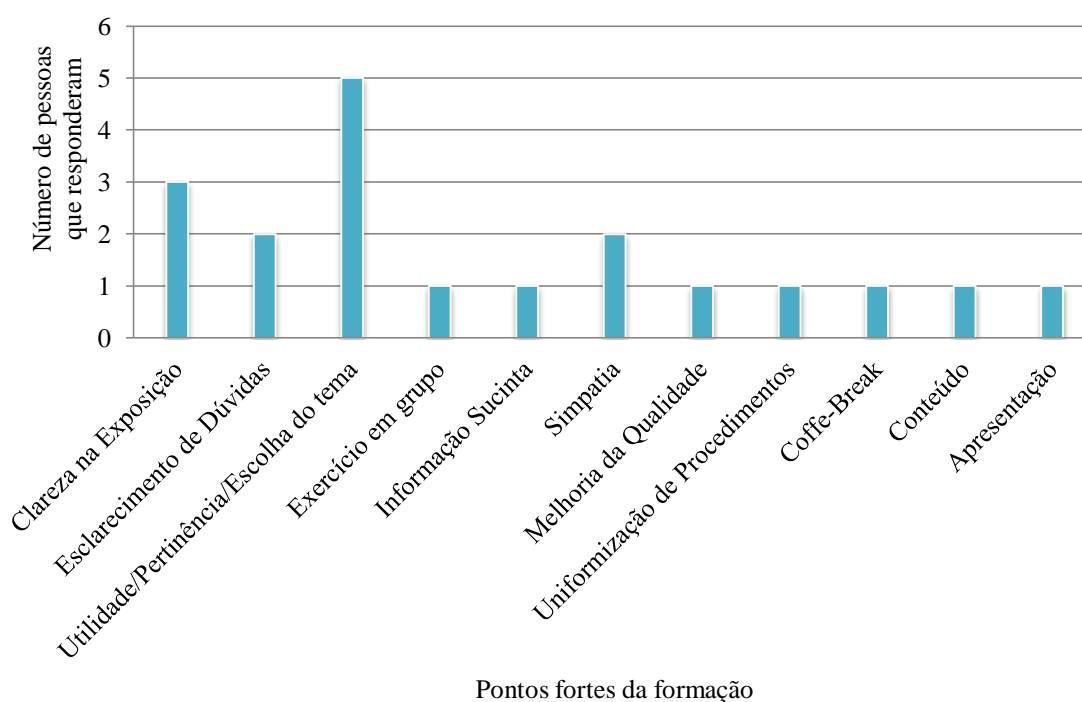


Gráfico 11 - Pontos fortes identificados pelos formandos

No campo oportunidades de melhoria, apenas um formando respondeu, indicando “suporte escrito” como oportunidade de melhoria. No campo “Sugestões/Observações”, também apenas um formando respondeu, sugerindo “continuidade na investigação acerca do tema/problema de forma a melhorar a qualidade do *racio* enfermeiro/doente, consoante os resultados obtidos de grau de dependência no futuro estudo”.

Posto o apresentado, conclui-se que os objetivos delineados para a sessão de formação foram cumpridos, tanto o geral (dotar os formandos de conhecimentos sobre a avaliação da capacidade funcional do doente e respetivo registo, utilizando a escala modificada de Barthel), como os específicos (apresentar brevemente o projeto de estágio na origem da presente formação; apresentar a escala modificada de Barthel: aplicação e registo e *SClínico*; sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da avaliação funcional da pessoa em processo de internamento e respetivo registo; e promover a uniformização de procedimentos relativamente à temática apresentada).

O plano de sessão da formação foi criteriosamente cumprido, e os indicadores de resultados (exercício em grupo que consistiu na aplicação da escala a um doente, recorrendo ao método de estudo de caso, e obter um critério de êxito de, no mínimo 75%, na ficha de avaliação sumativa) foram alcançados.

Com o exercício de grupo proposto (aplicação da escala através do método de estudo de caso) surgiram questões por parte dos formandos, sendo que consideramos que a capacidade de dar resposta às mesmas foi adequada. De acordo com DIAS (2004, p.70), “*o papel do formador é de extrema importância na medida na medida em que pode imprimir uma dinâmica à formação, incentivando os formandos a uma participação activa e a uma partilha de saberes e opiniões, que são imprescindíveis para que haja uma resposta eficaz e eficiente às necessidades (...)*”. Assim, consideramos que esta dinâmica foi por nós fomentada nas sessões, tendo a participação dos formandos sido ativa. A discussão por vezes gerada nas sessões, no que respeita à aplicação da escala, foi saudável e promotora da aquisição e desenvolvimento de competências na sua aplicação/utilização.

Quanto à ficha de avaliação sumativa realizada, o índice de êxito foi de 100%, ou seja todos os elementos apresentaram capacidade de responder adequadamente a todas as questões apresentadas, após a sessão. O *feedback* obtido por parte dos formandos foi também bastante positivo, não só como se pode perceber pelos dados apresentados da avaliação da sessão, mas também pelo *feedback* dado informalmente pelos formandos.

Consideramos que com esta sessão desenvolvemos competências ao nível de alguns domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente ao nível do domínio da melhoria da qualidade, uma vez que através da formação se promove a uniformização de procedimentos no serviço relativamente à temática apresentada, além de que a mesma está relacionada com um indicador de qualidade da instituição. A otimização dos registos de enfermagem, que se pretende através da formação realizada, vem também permitir a melhoria da qualidade, uma vez que os registos são parte fundamental das nossas atividades profissionais.

Também relativamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foram ampliadas competências, uma vez que a formação implica aquisição e aprofundamento de conhecimentos e transmissão desses conhecimentos à equipa.

No âmbito da avaliação do projeto, e a fim de avaliar o impacto das sessões de formação realizadas no âmbito da avaliação funcional da pessoa internada no SCG, foi efetuada uma consulta aos registos de enfermagem, 3 semanas após a última sessão, conforme planeado, e posteriormente 6 semanas após formação. Para o efeito, aplicou-se a mesma grelha que foi utilizada na etapa diagnóstica do mesmo.



Na primeira consulta, foram analisados 48 processos de enfermagem, correspondentes a todas as pessoas internadas no SCG no dia 24 de Novembro de 2014, o que se traduz numa taxa de ocupação do serviço de 85%.

Na segunda consulta aos processos de enfermagem, 6 semanas após a formação, foram analisados 51 processos, correspondentes a todas as pessoas internadas no SCG no dia 15 de Dezembro de 2014, o que se traduz por sua vez numa taxa de ocupação de 91%.

A apresentação mais detalhada dos resultados de ambas as consultas, 3 semanas e 6 semanas após formação, pode ser consultado em Apêndice XVI. Apresentamos de seguida uma perspectiva comparativa e analítica dos resultados.

Relativamente ao registo do *score* da EB na avaliação inicial de enfermagem, tivemos um aumento bastante significativo nos resultados da consulta realizada 3 semanas após a formação, na ordem dos 41%, e de 44%, 6 semanas após a mesma, pelo que concluímos que passou a haver uma preocupação nesse registo, que era quase inexistente antes da implementação do PIS.

Em relação ao planeamento da intervenção “Monitorizar a avaliação funcional da pessoa através da EB”, verificou-se também um aumento bastante considerável na percentagem de processos com a intervenção planeada, para um valor superior a 95%, ou seja, perto da totalidade dos processos. Ainda assim, houve um ligeiro decréscimo na percentagem de processos com a intervenção planeada, dos resultados da terceira semana após formação para os da sexta semana. Pensamos que um dos fatores que possa justificar este decréscimo, embora que pouco significativo, seja a taxa de ocupação do SCG, que aumentou em 6% do primeiro momento de avaliação referido para o segundo.

No que diz respeito à percentagem de processos com coerência entre o último registo da EB e os diagnósticos de enfermagem, percebeu-se um aumento significativo e gradual (da etapa diagnóstica para a primeira consulta após formação, e desta para a segunda consulta). Isto significa que se tem verificado uma preocupação gradual na atualização dos diagnósticos de enfermagem e respetivo plano de cuidados, com um aumento de 44% da etapa diagnóstica para a última consulta efetuada.

Foi também avaliado, em perspectiva evolutiva, a percentagem de processos com o último registo da EB sem erros, ou seja, com a escala bem preenchida. Verificou-se um aumento considerável, de 41%, na percentagem de processos sem erros no último preenchimento da EB, da etapa diagnóstica para a primeira avaliação após formação.

Contudo, na segunda avaliação após formação verificou-se novo decréscimo, de 16%, na percentagem de processos com erros no preenchimento da EB.

Os valores apresentados relativamente aos parâmetros acima descritos, podem ser consultados em perspetiva evolutiva, desde a etapa diagnóstica do PIS, até à última consulta realizada aos processos de enfermagem, no Gráfico 12.

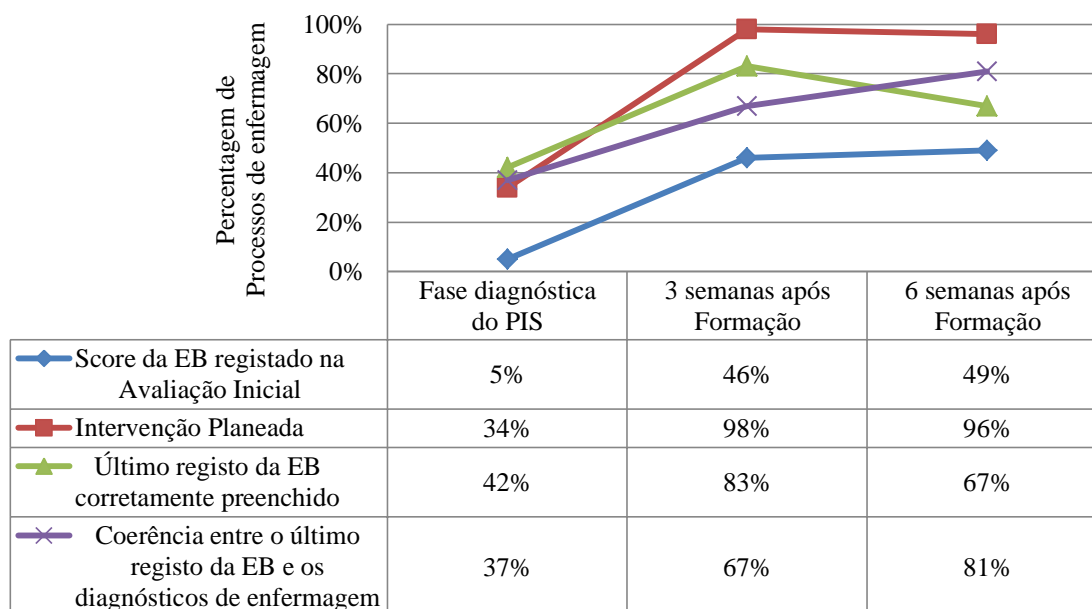


Gráfico 12 - Perspetiva evolutiva dos parâmetros avaliados nas consultas aos processos de enfermagem

Os erros verificados no preenchimento da escala prendem-se essencialmente com o não preenchimento de um dos itens da escala e com alguma confusão entre os itens deambulação e deambulação com cadeira de rodas. Este pequeno aumento do número de erros poderá estar relacionado com a distância temporal em relação à formação, bem como ao aumento da taxa de ocupação do serviço, que se traduz em menor tempo disponível para realização dos registos de enfermagem.

Um dos indicadores de avaliação do objetivo “avaliar a implementação do projeto” era o aumento dos seguintes índices, da etapa diagnóstica do PIS para as consultas aos processos após a formação:

1)  $(\text{n.º de processos com registo do score da EB na avaliação inicial de enfermagem} / \text{n.º total de processos consultados}) \times 100$ ;

2)  $(n.º \text{ de processos de enfermagem com intervenção "monitorizar capacidade funcional através da EB" planeada} / n.º \text{ total de processos consultados}) \times 100$ ;

3)  $(n.º \text{ de processos de enfermagem com coerência entre os registos da EB e os focos de enfermagem diagnosticados} / n.º \text{ total de processos consultados}) \times 100$ ;

Tivemos assim um aumento de 44% no primeiro índice, de 62% no segundo, e um aumento de 44% no terceiro, pelo que a implementação do projeto foi eficaz.

Foram avaliadas também a periodicidade e o horário para o qual a intervenção foi planeada, que deverá ser de 3/3 dias, aconselhavelmente às 14h, para uniformização do procedimento. Relativamente à periodicidade, verificou-se um bom resultado na primeira avaliação, sendo que 94% dos processos de enfermagem tinha a intervenção planeada para executar de 3/3 dias, tendo havido um pequeno decréscimo, de 10% de processos, na segunda avaliação. Relativamente ao horário, verificou-se um aumento de 15% dos processos com a intervenção planeada às 14h.

Foi também avaliada a inclusão do *score* da EB na nota de alta de enfermagem, conforme contemplado no guia de apoio aos registos em *SClínico*, publicado alguns dias antes das formação, e sobre o qual se incidiu na mesma. Há ainda algum trabalho a realizar neste âmbito, uma vez que foram poucas as notas de alta em que se encontrou o referido registo. Houve também um decréscimo da primeira avaliação para a segunda avaliação, embora tenha havido um aumento significativo do número de altas na semana da segunda avaliação, comparativamente com as altas ocorridas na semana da primeira.

Os aspetos acima referidos podem ser consultados no Gráfico 13, de forma a possibilitar uma visão alargada dos parâmetros avaliados.

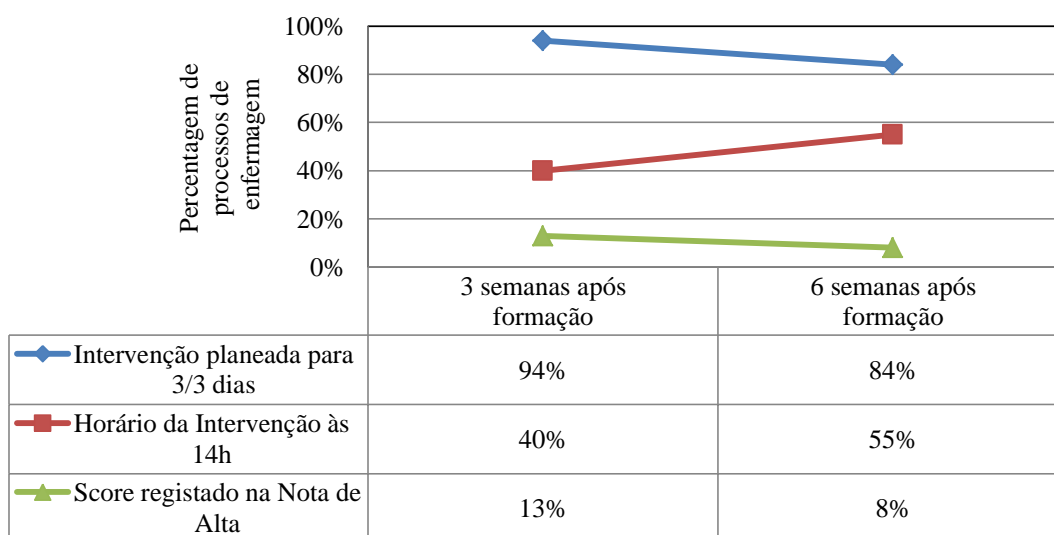


Gráfico 13 - Perspetiva evolutiva dos parâmetros avaliados nas consultas aos processos de enfermagem, após formação, relativamente à uniformização do procedimento e à inclusão do *score* na nota de alta.

Relativamente ao facto de alguns resultados terem sido ligeiramente inferiores na segunda avaliação após formação em relação à primeira, não podemos tirar conclusões, uma vez que existem vários fatores externos e internos envolvidos que não temos capacidade de controlar ou mesmo mensurar. Ainda assim, os resultados foram bastante positivos, e a melhoria em alguns parâmetros e decréscimo noutros não nos permite generalizar sobre melhores resultados nas 3 ou nas 6 semanas após formação. Podemos afirmar, contudo, que houve indubitavelmente um progresso entre o antes e o depois da formação. Mas surge a questão: “estes resultados vão manter-se no tempo?”. Como nos indica MEIGNANT (1999), a resposta a esta questão irá depender de vários fatores externos à formação, sendo o acompanhamento dos formandos e a taxa de rotatividade da equipa apenas alguns exemplos. O nosso compromisso é o de nos mantermos empenhados neste projeto, e de dar continuidade ao mesmo, quer ao nível de implementação de futuras estratégias ou replicação de anteriores se estas forem pertinentes, quer a nível da avaliação e divulgação dos resultados na equipa.

Para ter uma perspetiva global da consecução dos objetivos do PIS, de acordo com o planeado, apresenta-se o Quadro 4, que nos permite concluir o sucesso da sua implementação, sendo que todos os indicadores definidos no planeamento foram atingidos.

Objetivos Específicos	Indicadores de Avaliação	Indicador atingido		Notas
		Sim	Não	
Promover a uniformização de procedimentos, relativos à avaliação funcional das pessoas internadas e respetivo registo, utilizando a EB;	Apresentação de fundamentação teórico-concetual sobre avaliação funcional da pessoa através da EB em serviço cirúrgico;	X		Capítulo 1.3
	Apresentação de proposta de procedimento setorial para o SCG, sobre a avaliação funcional da pessoa através da EB;	X		Apêndice VIII
	Apresentação de uma proposta de documento orientador para aplicação e registo em <i>SCLínico</i> da EB, no SCG;	X		Apêndice XV
	Apresentação de uma proposta de cartão de bolso de apoio à aplicação e registo em <i>SCLínico</i> da EB;	X		Apêndice IX
	Apresentação de planeamento da sessão de formação;	X		Apêndice X
	Realização de sessão de formação à equipa de enfermagem;	X		✓
	Entrega de cartão de bolso a toda a equipa de enfermagem, assegurando que todos tiveram acesso à informação;	X		✓
	Apresentação dos resultados obtidos na avaliação da formação;	X		Capítulo 2.5
Promover a otimização do registo em <i>SCLínico</i> , acerca da avaliação funcional da pessoa através da EB;	Apresentação de uma proposta de documento orientador para aplicação e registo em <i>SCLínico</i> da EB, no SCG;	X		Apêndice XV
	Apresentação de uma proposta de cartão de bolso de apoio à aplicação e registo em <i>SCLínico</i> da EB;	X		Apêndice IX
	Apresentação de planeamento da sessão de formação;	X		Apêndice X
	Realização de sessão de formação à equipa de enfermagem;	X		✓
	Entrega de cartão de bolso a toda a equipa de enfermagem, assegurando que todos tiveram acesso à informação;	X		✓
Avaliar a implementação do projeto.	Apresentação de instrumento de apoio à consulta de processos em <i>SCLínico</i> para avaliação dos registos relacionados com a avaliação funcional da pessoa através EB;	X		Apêndice III
	Aumento dos índices obtidos (na colheita de dados em <i>SCLínico</i> , para avaliação da implementação do PIS), nas consultas após formação, 3 semanas e 6 semanas após a mesma, comparativamente com os índices obtidos na etapa de diagnóstico, utilizando os seguintes índices: a) (n.º de processos com registo do score da EB na avaliação inicial de enfermagem / n.º total de processos consultados) x 100; b) (n.º de processos de enfermagem com a intervenção “Monitorizar capacidade funcional através da EB” corretamente planeada / n.º total de processos consultados) x 100; c) (n.º de processos de enfermagem com coerência entre os registos da EB e os focos de enfermagem diagnosticados / n.º total de processos consultados) x 100;	X  X  X		✓
	Apresentação e análise dos resultados da consulta de processos em <i>SCLínico</i> para avaliação dos registos relacionados com a avaliação funcional da pessoa.	X		Capítulo 2.5 e Apêndice XVI
Divulgar o PIS	Apresentação de artigo de divulgação sobre a implementação do projeto e resultados da mesma, em apêndice do relatório.	X		Apêndice XVII

Quadro 4 - Validação dos Indicadores obtidos, de acordo com os objetivos planeados do PIS

Concluída a implementação do projeto, importa efetuar a divulgação do mesmo, pelo que passamos a explicitar essa etapa.

## **2.6. Divulgação do Projeto**

A divulgação dos resultados, sendo uma etapa tão importante quanto as anteriores, possibilitará, conforme nos referem FERRITO, NUNES e RUIVO (2010), à população em geral tomar conhecimento sobre o realizado, fornecendo informação científica às pessoas e profissionais, e demonstrando os esforços realizados no sentido de promover a melhoria dos cuidados.

Assim, a divulgação dos resultados é, segundo as mesmas autoras, um dever ético do investigador, de forma a fornecer conhecimento à comunidade científica.

Deste modo, o PIS será divulgado no presente relatório de trabalho de projeto, após apreciação e discussão pública do mesmo, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Também se visa a posterior publicação do artigo de divulgação do projeto elaborado. Serão ainda aproveitadas oportunidades de divulgação do PIS através de poster ou comunicação livre, em encontros de enfermagem, cujo tema do projeto se enquadre nas temáticas do mesmo. Além disso, o projeto foi divulgado no seio da equipa de enfermagem alvo, desde o seu início até à sua implementação, através dos meios já enunciados no planeamento.

## **2.7. Considerações Éticas**

De acordo com FORTIN (1999, p.113), *“A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. (...) existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.*

Importa assim referir que, desde a etapa diagnóstica do PIS, foram cumpridos os princípios éticos e deontológicos inerentes a este tipo de trabalho, nomeadamente no

respeito pelo sigilo e anonimato das fontes, salvaguarda dos participantes e consentimento informado, que foram assegurados durante todas as etapas do processo.

Para frequência do local de estágio, a ESS-IPS efetuou um pedido para realização do mesmo à instituição onde este decorreu, e na qual foi solicitada autorização para desenvolvimento de um PIS no âmbito do estágio. Isto permitiu-nos a realização da etapa diagnóstica do projeto, através da prestação de cuidados e observação. Após definido o tema do projeto e os seus objetivos, efetuámos um pedido de autorização formal à Direção de enfermagem da instituição (Apêndice XVII) para realização do PIS, o qual teve um parecer favorável, conforme Anexo III. Neste documento, constam as seguintes observações: foi sugerido que a formação a realizar deveria ser no contexto de formação em serviço; as auditorias de enfermagem decorressem sob supervisão do elemento auditor dos registos de enfermagem do serviço; e que no desenvolvimento do procedimento orientador de avaliação funcional da pessoa fossem consideradas as informações que constam no guia orientador dos registos informatizados da instituição. Todas estas considerações foram respeitadas.

Foram, durante o trabalho, e de acordo com as orientações de NUNES (2013), tidos em conta os aspetos éticos, nomeadamente na formulação do problema (concreto, relevante, viável, realizável, fundamentado), na referenciação (citações referenciadas, fontes fiáveis e válidas, trabalho bem referenciado), na formalização do estudo (informado e autorizado pela instituição, respeitados os princípios assumidos, clareza e fundamentação do processo), na relação com os participantes, nos dados (explícitos, asseguram o anonimato das fontes), no texto (redigido de forma clara e objetiva, afirmações críticas fundamentadas, sem juízos de valor ou avaliações inadequadas), e no trabalho no global (contributos identificados, sem desvios da conduta académica, cumpridos os princípios de integridade académica, identificação do orientador e cumprida a estrutura formal da capa e do tipo de trabalho).

Importa ainda referir que foram removidas todas as identificações da instituição onde este PIS decorre, uma vez que o documento será tornado de índole pública.

De seguida apresentamos o projeto de aprendizagem clínica, realizado simultaneamente ao PIS no que refere à sua dimensão temporal.

### **3. Projeto de Aprendizagem Clínica**

Simultaneamente à realização do PIS, foi-nos solicitado o desenvolvimento de um projeto de aprendizagem clínica (PAC), direcionado para a aquisição e aprofundamento das competências específicas dos enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

*“O que melhor caracteriza a formação de adultos é a sua vocação para satisfazer novas necessidades, intimamente ligadas (...) aos percursos individuais dos indivíduos”* (DIAS, 2004, p.36-37). De acordo com o mesmo autor, o projeto de formação terá que ser uma forma de planificação, sendo simultaneamente o resultado da mesma. Este tem em vista objetivos pré-determinados e articula a combinação do presente com a atração pelo futuro, no sentido de dar resposta às exigências de desenvolvimento. Foi neste sentido que se procedeu à elaboração deste PAC.

Importa referir que, relativamente aos aspetos éticos e deontológicos na execução deste projeto, a prestação de cuidados de enfermagem foi salvaguardada pela autorização da Direção hospitalar à realização dos estágios. O respeito pelos direitos da pessoa foram sempre considerados, bem como as orientações éticas e deontológicas que regem a profissão. Tal como no PIS, foram removidas todas as identificações da instituição.

A apresentação deste capítulo segue então a metodologia de projeto, com as nuances de que as etapas de execução e avaliação se apresentam em simultâneo, por uma questão de relação entre ambas, bem como de síntese. Quanto à etapa de divulgação do PAC, esta resume-se à divulgação neste documento, que será tornado de índole pública, de acordo com o previsto. Passamos então a apresentar o diagnóstico de situação.

#### **3.1. Diagnóstico de Situação**

Com a frequência do curso de Mestrado em EMC surgiram-nos novos desafios, face às exigências de uma qualificação acrescida: enfermeiro Especialista e Mestre em EMC. Estes desafios relacionam-se diretamente com a agregação das competências comuns e específicas do enfermeiro Especialista em EMC e de Mestre, às competências comuns do enfermeiro, já desenvolvidas ao longo da experiência académica e profissional.



Neste contexto, parece-nos interessante fazer alusão a BENNER (2001), que distingue cinco etapas de desenvolvimento profissional: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Como nos refere NUNES (2010), apesar de a experiência ser um dos elementos enfatizados quando nos referimos ao termo perito, este termo caracteriza também alguém cujo saber e educação em dado campo é reconhecida.

BAUMANN (2006) diz-nos que a *expertise* na prática clínica deve ser o objetivo de todos os enfermeiros. Segundo o autor, a mesma pode ou não envolver certificações avançadas ou o ensino de enfermagem ao nível de Mestrado, mas o perito em enfermagem precisa desenvolver conhecimento e competências avançadas.

É neste sentido, que percebemos a necessidade de desenvolvimento de competências específicas, apesar das competências já adquiridas na *praxis*, num serviço cirúrgico. Assim, e seguindo o caminho do desenvolvimento profissional de Benner, consideramos que a especialização em EMC será um marco importante neste percurso.

Também LEITE (2006, p.4), refere que se espera que “*o enfermeiro Especialista seja, cada vez mais, um profissional reflexivo, e capaz de mobilizar todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência em situação (...)*”. Posto isto, ao compreender que o PAC deveria incidir no desenvolvimento de competências, direcionámo-lo para as competências específicas do enfermeiro Especialista em EMC em pessoa em situação crítica, crónica e paliativa, uma vez que o percurso académico, acrescido da realização dos estágios e da implementação da metodologia de projeto, por si só, convergem na aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro Especialista e nas competências de Mestre.

O trabalho de projeto ajuda a articular os diferentes tipos de conhecimento, mais significativos em determinado contexto da prática clínica, o que traz obviamente implicações na formação em enfermagem (BAUMANN, 2006).

Este projeto de formação situa-se assim ao nível individual, que prossegue intenções de aperfeiçoamento. O mesmo ocorre durante a formação propriamente dita e visa a realização de uma ação pessoal (BOUTINET, 1996).

A referir que a contextualização organizacional deste projeto é transversal à contextualização já apresentada no PIS, que se encontra no Apêndice I.

De forma a orientar o PAC no sentido do desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro Especialista em EMC, importa relembrar as mesmas: cuida da

pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (K1); dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação (K2); maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (K3); cuida da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida (L5); e estabelece relação com pessoas com doença crónica, incapacitante e/ou terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte (L6) (OE, 2010<sup>b</sup>; OE, 2011<sup>a</sup>). Assim, de forma a identificar possíveis contributos que se pudessem trazer ao SCG, bem como as oportunidades de desenvolvimento profissional no contexto de estágio, procedeu-se a uma análise reflexiva do mesmo, no âmbito das áreas de competência supra-citadas.

O SCG é um serviço que recebe pessoas com as mais variadas patologias, durante o período peri-operatório e não só, e a assistência a pessoas a vivenciar processos de doença crítica e falência multi-orgânica, é frequente. Estas são geralmente admitidas na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC), provenientes do Bloco Operatório, da Unidade de Cuidados Intensivos, quando as pessoas já não apresentam critérios de internamento na mesma, mas ainda assim a sua instabilidade hemodinâmica não permite a permanência na enfermaria, do Serviço de Urgência Geral e da Enfermaria, sempre que a sua condição de doença crítica e/ou falência orgânica o justifique.

A organização da UCIC encontra-se contemplada na contextualização organizacional já referida. Encontra-se bem organizada, dotada de protocolos como verificação do carro de emergência, do ventilador, transporte inter e intra-hospitalar de doentes, sendo possível prestar cuidados seguros à pessoa em situação crítica, antecipando focos de instabilidade pela proximidade à pessoa e monitorização eletrocardiográfica contínua, permitindo a gestão diferenciada do seu bem-estar e da dor, atendendo às suas perturbações emocionais e da família, bem como a gestão da relação terapêutica. Foi criado, recentemente, no âmbito do curso de Mestrado em EMC de uma colega, um protocolo de integração de enfermeiros à UCIC, que embora ainda não tenha sido implementado por impossibilidade do serviço, constitui uma oportunidade de melhoria.

Relativamente a situações de catástrofe e emergência multi-vítima, foi inicialmente feita uma pesquisa no SCG, de forma a perceber a necessidade de incidir as atenções em algum aspeto específico, fornecendo contributos para o SCG. Compreendemos que esta é uma área de atuação bem desenvolvida no serviço, uma vez que há cerca de dois anos se realizou um exercício de simulacro de evacuação e antes do qual existiu formação nesta área. Uma estudante do curso de Pós Licenciatura em Especialização em EMC, que estagiou no serviço, trabalhou também esta temática, elaborando folhetos informativos. Simultaneamente à realização do nosso estágio, encontraram-se a estagiar no SCG quatro estudantes do curso acima referido que planearam um exercício de simulacro de evacuação, pelo que encontrámos aqui uma oportunidade de participação ativa. Na instituição existe formação anual sobre o plano de evacuação interno, onde se enfoca, no caso da equipa de enfermagem, a formação à equipa de evacuação tipo B. Existe ainda no SCG, um *dossier* sobre Gestão de Risco, disponível a todos para consulta, bem organizado e do qual constam documentos como o plano de emergência interno da instituição, assim como os demais documentos pertencentes à pasta pública digital intra-hospitalar da Comissão de Gestão de Risco. Desta forma, e uma vez que esta área de atuação se encontra desenvolvida no SCG, as oportunidades encontradas encontram-se no campo da aquisição e desenvolvimento pessoal de competências.

No que concerne à área de prevenção e controlo de infeção, esta encontra-se também desenvolvida no SCG, quer pela Comissão de Controlo de Infeção (CCI), através de apresentação de recomendações e realização de auditorias, quer pelos elementos de ligação, ocorrendo ocasionalmente formações neste âmbito. Encontra-se também no serviço um *dossier* organizado com os documentos da CCI, disponível para consulta. Anualmente é desenvolvida a campanha de higienização das mãos, à qual o SCG é aderente, pelo que encontramos aqui uma oportunidade de contribuir ativamente, no sentido do desenvolvimento de competências nesta área. São realizadas também anualmente auditorias relativamente a acondicionamento de dispositivos médicos esterilizados e contaminados, separação de resíduos, higienização das mãos, práticas de higienização do circuito da roupa, e higienização do ambiente.

No âmbito do cuidado à pessoa com doença crónica e/ou terminal, o SCG admite pessoas com doença crónica (como diagnóstico primário e muitas vezes como diagnóstico secundário), assim como pessoas com doença incapacitante e a vivenciar estádios

terminais de doença. Durante o diagnóstico de situação, e movidas por uma motivação pessoal nesta área, detetámos que a técnica de hipodermoclise no doente terminal é descurada neste serviço, apesar das evidências existentes acerca dos seus benefícios. Assim, e após entrevista não estruturada com a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora, consideramos que esta seja uma área merecedora de atenção no SCG.

Por outro lado, também a implementação do nosso PIS, avaliação funcional da pessoa através da EB, irá permitir um planeamento de cuidados mais dirigido e otimizado a cada situação. Este vem permitir, relativamente às pessoas com doença incapacitante não terminal e às pessoas com doença crónica, monitorizar o seu grau de dependência no momento da admissão, e compará-lo com o seu grau de evolução aquando da alta, planeando assim os cuidados necessários após a alta, com a pessoa e seus cuidadores.

Relativamente ao estabelecimento de relação interpessoal facilitadora do processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte, com a pessoa, cuidadores e família, consideramos que o SCG promove um ambiente propício ao mesmo, uma vez que é tido o cuidado, sempre que possível, de garantir a sua privacidade e satisfazer as suas vontades dentro da medida do possível. Consideramos que durante o período de estágio, podemos atentar reflexivamente e com maior disponibilidade nesta relação, pelo que o investimento nesta área será a nível pessoal de desenvolvimento de competências.

Após identificadas as oportunidades de atuação no âmbito do PAC, procedeu-se à formulação de objetivos.

### **3.2. Definição de Objetivos**

Seguindo a metodologia de projeto, foram delineados objetivos que permitem dar resposta à necessidade identificada no diagnóstico de situação.

O objetivo geral traçado é assim adquirir e desenvolver competências específicas do enfermeiro Especialista em enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica, Paliativa ou Terminal, nomeadamente: cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou

falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas; cuida da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; e estabelece relação com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Dada a amplitude do objetivo geral, delinearam-se como objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica;
- Aprofundar conhecimentos sobre os cuidados especializados à pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Desenvolver competências na antecipação de focos de instabilidade na pessoa e risco de falência orgânica;
- Adquirir e renovar conhecimentos no âmbito do plano de evacuação interno da instituição;
- Desenvolver competências de atuação no âmbito do doente em situação crítica, perante situações emergentes;
- Renovar conhecimentos no âmbito do controlo de infeção hospitalar e nomeadamente na pessoa em situação crítica;
- Zelar para o cumprimento dos procedimentos de controlo de infeção no SCG;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença crónica, incapacitante e/ou terminal;
- Aprofundar conhecimentos sobre os cuidados especializados à pessoa a vivenciar processos de doença crónica, incapacitante e/ou terminal;
- Promover a otimização dos cuidados de enfermagem no SCG, na perspetiva da diminuição do sofrimento, à pessoa com doença crónica, incapacitante ou terminal;
- Atentar na relação estabelecida com as pessoas com doença crónica, incapacitante e/ou terminal, seus cuidadores e familiares, no âmbito da prestação de cuidados.

De forma a desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista, foram definidas algumas estratégias, que apresentamos de seguida, após formulados os objetivos específicos.

### 3.3. Planeamento do Projeto

O PAC foi desenvolvido ao longo dos estágios e concomitantemente complementado com os aportes teóricos lecionados ao longo dos semestres. Foi estruturado com base num pensamento reflexivo e sustentado na observação das práticas, bem como na realização de entrevistas não estruturadas com a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora.

O processo de aprendizagem obriga a que os indivíduos se submetam a atividades de assimilação, de acomodação, reconstrução e/ou elaboração, para que a aprendizagem seja verdadeiramente efetiva (DIAS, 2004). Assim, após integrar os dados referentes ao diagnóstico e formulação de objetivos, com conhecimentos previamente adquiridos, foram delineadas atividades com vista à concretização dos objetivos propostos.

Relativamente ao objetivo **prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica**, as atividades delineadas foram relacionadas com o contexto de prática clínica: prestação de cuidados a pessoas em situação crítica, nomeadamente na UCIC; verificação do funcionamento do ventilador e verificação do carro de emergência.

Quanto ao objetivo **aprofundar conhecimentos sobre os cuidados especializados à pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica**, projetaram-se como atividades a desenvolver: a realização de pesquisa bibliográfica pertinente; participação em sessão de formação em serviço sobre a escala de alerta precoce de pessoa em situação crítica (NEWS); participação em sessão de formação em serviço sobre cuidados de enfermagem à pessoa submetida a ventilação invasiva.

No âmbito do objetivo **desenvolver competências na antecipação de focos de instabilidade na pessoa e risco de falência orgânica**, foram planeadas como atividades a prática clínica e a aplicação da escala de alerta precoce (NEWS).

Todos os objetivos referidos anteriormente visam o desenvolvimento da competência K1 do enfermeiro Especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

Como indicador de avaliação das atividades propostas, sugerimos as reflexões sobre as mesmas, constituintes do presente relatório de trabalho de projeto.

Em relação ao objetivo **adquirir e renovar conhecimentos no âmbito do plano de evacuação interno da instituição**, planeámos a realização de pesquisa bibliográfica sobre diversos temas abrangidos por esta área de intervenção e leitura e análise dos documentos da Comissão de Gestão de Risco da Instituição.

Quanto ao objetivo **desenvolver competências de atuação no âmbito do doente em situação crítica, perante situações emergentes**, uma vez que a ocorrência destas situações é bastante reduzida e imprevisível, planeámos a participação em exercício de simulação de evacuação na UCIC do SCG, planeado por colegas do curso de Pós-Licenciatura em EMC. Neste âmbito, planeámos também a realização de *poster* reflexivo sobre o referido exercício, com a intenção de o apresentar no 1º Encontro de EMC do IPS-ESS, a realizar em grupo, com as duas estudantes do curso de Mestrado em EMC a estagiar no SCG, bem como a realização do respetivo resumo, discussão dos mesmos com a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora e a Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> orientadora, e divulgação do *poster* no SCG.

Os dois últimos objetivos estão direcionado no desenvolvimento da competência K2 do enfermeiro Especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica e como indicador de avaliação das atividades, delineámos as reflexões sobre a consecução das mesmas, constituintes deste documento, bem como a apresentação do referido *poster* e respetivo resumo, em apêndice deste documento.

No que respeita ao objetivo **renovar conhecimentos no âmbito do controlo de infeção hospitalar e nomeadamente na pessoa em situação crítica**, projetámos como atividades a desenvolver: realização de pesquisa bibliográfica sobre diversos temas desta área de intervenção, leitura e análise dos documentos da CCI e participação na sessão de formação em serviço “Otimização de práticas na prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto”, ministrada por uma colega do curso de Mestrado em EMC.

Quanto ao objetivo **zelar para o cumprimento dos procedimentos de controlo de infeção no SCG**, planeou-se a realização de auditorias supervisionadas pelo elemento auditor do SCG (Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora) no âmbito da campanha anual de higienização das mãos, nomeadamente, auditoria à higienização das mãos no serviço, bem como a realização de sessão de sensibilização às visitas das pessoas aí internadas, sobre a importância da higienização das mãos, no âmbito da mesma campanha. Perspetivou-se também a realização de um folheto informativo sobre o tema, a entregar às visitas na referida sessão. Estas atividades são realizadas em grupo, com as duas estudantes do curso de Mestrado em EMC a estagiar no SCG.

Os dois objetivos supra-citados enquadram-se no desenvolvimento da competência K3 do enfermeiro Especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, e foram definidos como indicadores de avaliação das atividades, reflexões sobre as mesmas,

a apresentar neste relatório, assim como a apresentação do planeamento da sessão de sensibilização às visitas sobre higienização das mãos e do folheto informativo.

Relativamente ao objetivo **prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença crónica, incapacitante e/ou terminal**, projetou-se apenas a prestação de cuidados às pessoas com estas características, nomeadamente na enfermaria do SCG.

No âmbito do objetivo **aprofundar conhecimentos sobre os cuidados especializados à pessoa a vivenciar processos de doença crónica, incapacitante e/ou terminal**, planeámos a realização de pesquisa bibliográfica sobre diversos temas abrangidos por esta área de intervenção.

Ainda na mesma área de cuidados, em relação ao objetivo **promover a otimização dos cuidados de enfermagem no SCG, na perspetiva da diminuição do sofrimento, à pessoa com doença crónica, incapacitante ou terminal**, as atividades delineadas foram: realização de *poster* com a metodologia reflexiva e de revisão bibliográfica sobre hipodermoclise, a apresentar nas 3<sup>as</sup> Jornadas de Enfermagem da instituição; realização do respetivo resumo; e discussão do *poster* com as Sr.<sup>as</sup> Enf.<sup>a</sup> e Prof.<sup>a</sup> orientadoras. As atividades referidas relativamente ao *poster*, serão efetuadas em grupo com duas estudantes do curso de Mestrado em EMC a estagiar no SCG.

Os quatro últimos objetivos estão direcionados para o desenvolvimento da competência L5 do enfermeiro Especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, e os seus indicadores de avaliação são as reflexões sobre as atividades desenvolvidas, apresentação do *poster* e respetivo resumo em apêndice deste relatório.

No âmbito da competência L6, definimos o objetivo **atentar na relação estabelecida com as pessoas com doença crónica, incapacitante e/ou terminal, seus cuidadores e familiares, no âmbito da prestação de cuidados**, tendo com vista à sua consecução planeado como atividade a prestação de cuidados à pessoa com doença, crónica, incapacitante e/ou terminal, num ambiente de confiança e relação terapêutica facilitadora do processo de adaptação à doença e perdas. Como indicador de avaliação, propomos as reflexões sobre a mesma, como parte constituinte do presente documento.

Os recursos humanos envolvidos neste projeto são a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora, a Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> orientadora, a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe do SCG, e os intervenientes com quem se articulará na realização de alguns trabalhos propostos, nomeadamente as colegas de estágio do curso de Mestrado em EMC, e elementos da CCI. Os recursos materiais serão aqueles envolvidos



na prestação de cuidados e espaços subjacentes à mesma, bem como computador com *software* de edição de texto, papel, caneta, impressora, folhas, pó reagente à luz ultravioleta (simulador de bactérias) e luz ultravioleta. Será necessária a impressão dos *posters* e dos folhetos informativos, suportada por nós e pelas colegas com quem se constitui grupo para a realização destas atividades.

O constrangimento previsto à execução do PAC foi o curto espaço de tempo para a realização de todas as atividades propostas. A estratégia que formulámos para o ultrapassar foi o bom planeamento cronológico, gerido de acordo com as necessidades.

De referir que este planeamento, e de acordo com o preconizado na metodologia de projeto, não foi estanque e foi adequado e adaptado ao possível, perante a realidade encontrada ao longo da sua implementação.

Apresentamos seguidamente as etapas de execução e avaliação do PAC, que pela sua estreita interligação se apresentam simultaneamente.

### **3.4. Execução e Avaliação Reflexiva do Projeto**

Apresentamos simultaneamente as etapas de execução e avaliação do PAC, pela interligação existente entre ambas, que se verificou no desenrolar do projeto, uma vez que a sua avaliação tem por base os indicadores apresentados no planeamento, e a obtenção de grande parte destes tem por base a reflexão e consequentemente a avaliação das atividades.

Segundo ABRUNHOSA (2004), a reflexão é entendida como um ato de repensar, de reexaminar, e de reavaliar, as opiniões, os conhecimentos e as atitudes. Assim, só é possível atingir totalmente as competências, refletindo sobre as mesmas, conforme nos diz APÓSTOLO (2001, p.19), *“para que a experiência se converta em saber, é necessário fazer com que a mesma seja objecto de reflexão e pesquisa”*.

Deste modo, importa refletir sobre a execução das estratégias delineadas, e da sua relação com o objetivo geral formulado, com base na aquisição e desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro Especialista em EMC.

Relativamente ao objetivo **prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica**, as atividades delineadas foram realizadas na sua totalidade. Prestámos cuidados à pessoa internada na UCIC, muitas vezes a experienciar processos

complexos de doença crítica ou falência orgânica. Na ocorrência de instabilidade hemodinâmica ou presença de focos de instabilidade, estes foram identificados, e demonstrámos conhecimentos em Suporte Avançado de Vida, embora não tenha havido durante o período de estágio oportunidades de demonstrar habilidades nesse sentido. Ainda assim, podemos referir que para o desenvolvimento de competências neste âmbito contribuíram os contributos da frequência deste curso de Mestrado, assim como a frequência do curso de Suporte Avançado de Vida há cerca de 4 anos, e a nossa experiência de atuação neste âmbito, ao prestar cuidados na UCIC.

Foi também possível atentar de uma forma mais diferenciada às perturbações emocionais da pessoa em situação crítica, e respetiva família, à relação terapêutica e comunicação estabelecida, não só pela maior disponibilidade enquanto estudante do curso de Mestrado em EMC, mas também pela mobilização para a prática dos aportes teóricos do referido curso, assim como pelas introspeções daí decorrentes, que conduziram ao desenvolvimento desta competência enquanto profissional.

Foram também realizadas atividades de verificação do ventilador, carro de emergência e mala de transporte de doente crítico intra-hospitalar, bem como mala de transporte inter-hospitalar, o que nos garante a prestação de cuidados em ambiente seguro e dotado dos recursos necessários a cada situação.

Ainda no que respeita à prestação de cuidados especializados, fizemos a gestão dos planos terapêuticos de acordo com cada situação específica, não descurando a avaliação e gestão da dor. Esta, foi sempre, no âmbito da prestação de cuidados, avaliada não só uma vez por turno como é habitual no SCG, mas com uma frequência ajustada às necessidades da pessoa, de acordo com a intensidade da sua dor, ou com o facto de ser ou não um pós-operatório (no qual se fez avaliação da intensidade da dor de duas em duas horas, utilizando a escala de avaliação da dor mais pertinente na situação). No âmbito da gestão da dor, foi também desenvolvido um trabalho académico, intitulado “papel do enfermeiro na avaliação da dor”, o que contribuiu para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências nesta área específica, fazendo a ponte entre a teoria e o que realmente acontece na prática, com a reflexão que essa relação implica. Mobilizámos também na prática clínica os aportes teóricos lecionados no Módulo Intervenções de Enfermagem ao Cliente com dor, integrado na UC de EMC I, que contribuíram para aprofundar conhecimentos nesta área. Ainda no contexto da abordagem à dor, podemos

referir a importância de participar no Encontro de EMC da ESS-IPS, nomeadamente assistir à Mesa “Intervenção à pessoa com dor: cuidados especializados”, onde foram apresentados temas como “abordagem clínica à pessoa com dor” e “norma de orientação clínica de avaliação da dor”, que foi geradora de reflexão sobre as práticas neste âmbito.

Foi possível também **aprofundar conhecimentos sobre os cuidados especializados à pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica**, através de pesquisa bibliográfica sobre os diversos temas abrangidos por esta área de intervenção, complementada pelos aportes teóricos lecionados nos Módulos Cuidados ao cliente com falência multi-orgânica, Cuidados em situação de crise: cliente e família, cuidados ao cliente com múltiplos sintomas/controlo de infeção (ministrados no âmbito da UC EMC I), Intervenções de enfermagem a clientes em situação de urgência (Módulo opcional da UC EMC II) e Seminário de Peritos, nomeadamente no que respeita à transplantação e doação de órgãos e a abordagem ao doente politraumatizado (leccionado também no âmbito da UC EMC II).

Frequentámos também a sessão de formação em sobre a escala de alerta precoce de pessoa em situação crítica (NEWS), tomando assim o primeiro contacto com a mesma. A sua aplicação na prática permitiu a familiarização com a referida escala.

Uma mais-valia para o desenvolvimento de competências no âmbito da assistência à pessoa a vivenciar processos de doença crítica e falência multi-orgânica, foi ainda a frequência da formação em serviço acerca de cuidados de enfermagem imediatos à pessoa submetida a ventilação invasiva. Por não ser uma prática frequente do nosso quotidiano, a possibilidade de renovar conhecimentos e tomar contacto com as técnicas, permitem o desenvolvimento de competências nesta área.

No âmbito do Encontro de EMC da ESS-IPS, acima referido, podemos ainda identificar os contributos de assistir à apresentação da mesa “Intervenção em situação complexa: doença crítica e/ou falência multiorgânica”, nomeadamente com os temas “futilidade e encarniçamento terapêutico em pessoa em situação crítica”, “*extra corporeal membrane oxygenation*”, “a pessoa em situação crítica helitransportada” e “o politraumatizado: a experiência em Israel”. Estes temas permitiram-nos refletir não só sobre a nossa *praxis*, relativamente aos conteúdos abordados, mas também conhecer outras realidades divergentes daquelas a que estamos familiarizados, bem como refletir sobre os temas na perspetiva de enfermeiro Especialista em EMC.

No âmbito do objetivo **desenvolver competências na antecipação de focos de instabilidade na pessoa e risco de falência orgânica**, durante os estágios prestámos cuidados à pessoa em situação emergente, detetando, quando existiram, alterações hemodinâmicas, e focos de instabilidade. Também a aplicação da escala (NEWS) foi facilitadora da deteção precoce desses focos. A introdução desta escala no quotidiano de prestação de cuidados surgiu após sessão de formação em serviço, já referida.

A reflexão sobre o realizado e sobre as oportunidades do exercício clínico durante o estágio permitiram-nos assim desenvolver competências no âmbito da competência K1 do enfermeiro Especialista em pessoa em situação crítica, cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, pelo que consideramos ter atingido os objetivos específicos direcionados para esta competência.

Em relação ao objetivo **adquirir e renovar conhecimentos no âmbito do plano de evacuação interno da instituição**, foi inicialmente feita uma leitura dos documentos da Comissão de Gestão de Risco, de forma a renovar os conhecimentos sobre o plano de emergência interno. De referir que o facto de a mestranda já ter frequentado a formação “Equipa de Evacuação tipo B” na instituição, foi uma mais-valia no sentido de que já detinha os conhecimentos neste âmbito, tendo apenas sido necessário renovar os mesmos. Foi ainda efetuada pesquisa bibliográfica nesta área, e consultados documentos como o Plano Nacional de Emergência.

Quanto ao objetivo **desenvolver competências de atuação no âmbito do doente em situação crítica, perante situações emergentes**, participámos ativamente na execução de um exercício de simulação de inundação, realizado na UCIC (simulada), atuando como elementos da equipa de evacuação B. Apesar do planeamento do exercício ter sido elaborado por colegas do 3.º curso de Pós Licenciatura de Especialização em EMC, foi possível, com base nas competências de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, articulando com os conhecimentos sobre o plano de emergência interno da instituição, planear no imediato, durante a realização do exercício, os cuidados necessários às pessoas em situação crítica no decorrer da evacuação, bem como o tipo e a prioridade de transporte de cada pessoa, pelo que se desenvolveram claramente competências de planeamento de respostas concretas, gerindo os cuidados durante uma situação de evacuação à pessoa em situação crítica. O nosso envolvimento no exercício permitiu assim praticar a adaptação do processo de enfermagem, em todas as suas vertentes, não

descurando a importância da relação interpessoal com a pessoa em estado crítico. Tomámos também um nível de contacto mais profundo com o plano de evacuação interno institucional, bem como com as formas de atuação multidisciplinares.

Neste âmbito, realizámos ainda um *poster* de divulgação do exercício realizado (Apêndice XVIII), após submissão para aprovação de resumo sobre o mesmo (Apêndice XIX), que apresentámos no 1º Encontro de EMC do IPS-ESS. O objetivo da sua realização foi refletir sobre a participação no simulacro e a importância do desenvolvimento da competência específica do enfermeiro Especialista “dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”.

Mais uma vez referimos os contributos para reflexão e desenvolvimento de competências, com a renovação de conhecimentos e novas aprendizagens, de participar no Encontro de EMC da ESS-IPS, desta vez relativamente à mesa “Intervenção em situação complexa: cuidados especializados – situação de catástrofe”, na qual tivemos oportunidade de assistir às apresentações e respetivo debate sobre “emergência e catástrofe: uma competência do enfermeiro Especialista em pessoa em situação crítica”, “plano distrital de emergência e catástrofe” e “situação de catástrofe: a intervenção do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)”. Também na participação nas 2<sup>as</sup> Jornadas de Enfermagem da instituição hospitalar, tivemos oportunidade de assistir às apresentações e debate da mesa “Pensar a catástrofe e a emergência interna”, com os temas “a proteção civil na catástrofe” e “a importância do enfermeiro no plano de emergência interno”.

Em relação à competência K2, supra-citada, concluímos, pelo que já foi referido, que as atividades desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento da mesma, essencialmente ao nível das unidades de competência K2.2 (*“planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe”*) e K2.3 (*“gere os cuidados em situações de emergência ou catástrofe”*), de acordo com OE (2010<sup>b</sup>, p. 4).

Com o objetivo de **renovar conhecimentos no âmbito do controlo de infeção hospitalar e nomeadamente na pessoa em situação crítica**, procedemos à consulta e leitura dos documentos da CCI disponíveis na intranet da instituição e em *dossier* existente no serviço, bem como a pesquisa bibliográfica em áreas como higienização das mãos, direcionada para profissionais e para utentes e familiares. Foi, deste modo, possível desenvolver algumas competências nesta área, através de um maior conhecimento dos procedimentos de controlo de infeção, bem como da reflexão daí decorrente, assim como

dos contributos dos aportes teóricos fornecidos na frequência do 3º curso de Mestrado em EMC, essencialmente no Módulo cuidados ao cliente com múltiplos sintomas/controlo de infeção, integrado na UC EMC I, que tivemos oportunidade de mobilizar para a prática diária. Foi no âmbito deste Módulo que desenvolvemos também um trabalho académico, em formato de apresentação multimédia, intitulado “Higienização das Mãos”. O mesmo foi apresentado em sala de aula, com o objetivo de sensibilizar para a importância da lavagem das mãos, como medida preventiva de Infecções Associadas aos Cuidados Saúde.

Frequentámos ainda a sessão de formação em serviço “Otimização de práticas na prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto”, permitindo renovar conhecimentos relacionados com a prestação de cuidados face a um problema real do SCG, a existência frequente de necessidade de isolamento de contacto do doente crítico.

Com a participação no Encontro de EMC da ESS-IPS, tivemos a oportunidade de assistir às apresentações e debate da mesa “Intervenção em situação complexa: cuidados especializados – controlo de infeção”, nomeadamente “controlo de infeção e a resistência aos antimicrobianos, duas faces da mesma moeda”, “a importância das comissões de controlo de infeção hospitalares”, “via verde de sépsis no serviço de urgência: uma realidade” e “novas estratégias no controlo de infeção”. Relativamente às 2<sup>as</sup> Jornadas de Enfermagem já referidas anteriormente, assistimos às apresentações da mesa “Controlo de infeção: diferentes serviços os mesmos desafios”, nomeadamente “a perspectiva do serviço de esterilização centralizado” e “o combate ao Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)”. Mais uma vez, estas oportunidades permitiram-nos refletir sobre a prática e sobre a intervenção do enfermeiro especialista em EMC nesta área.

Importa referir que, no âmbito da consecução deste objetivo específico do PAC, tínhamos projetado a realização de um estágio de observação na CCI, o qual não foi possível realizar por indisponibilidade do referido Serviço, pelo que procedemos à respetiva adaptação do planeamento do projeto, de acordo com o possível.

Quanto ao objetivo **zelar para o cumprimento dos procedimentos de controlo de infeção no SCG**, realizámos inúmeras atividades que nos permitiram desenvolver esta competência, em coordenação com a CCI e com o elemento de ligação do serviço com a referida comissão (Sr.<sup>a</sup> Enf orientadora). De referir a realização de uma atividade de grupo que intitulámos “Venho visitar o meu familiar, porque tenho de lavar as mãos” que consistiu numa ação de sensibilização aos familiares dos doentes internados no serviço,

sobre a importância da higienização das mãos antes e depois da visita. Neste âmbito, foi desenvolvido um folheto informativo (Apêndice XX) - cuja realização não estava inicialmente planeada - dada a necessidade sentida de fornecer às pessoas um suporte escrito no decorrer da sessão. Este folheto foi apresentado à CCI, que demonstrou intenção de o utilizar e alargar a sua divulgação a nível institucional. Foi também feito o planeamento da sessão (Apêndice XXI) e um pequeno questionário de avaliação da mesma (Apêndice XXII). Foi abrangido um total de 104 familiares. Foi ainda fornecido outro folheto da CCI direccionado aos visitantes. Posteriormente foi efetuado um relatório da atividade (Apêndice XXIII), onde apresentamos os resultados obtidos e refletimos sobre a mesma e sobre os seus contributos para a aquisição da competência específica abordada. Importa ainda mencionar que foi efetuado o pedido formal de realização desta atividade, à Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe, Sr. Dr. Diretor de serviço e Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Diretora de enfermagem, que foi aceite, bem como solicitada a captação de imagens durante a sessão, tendo sido cumpridos os procedimentos éticos e deontológicos associados a essa prática (utilizado impresso de autorização de recolha e uso de imagem). Com a realização desta atividade consideramos ter contribuído para a segurança das pessoas internadas e famílias.

Colaborámos ainda nas auditorias no âmbito da campanha anual de higienização das mãos, permitindo-nos ter maior contacto com a realidade, relativamente ao cumprimento dos 5 momentos de higienização das mãos. Esta atividade consistiu na observação de práticas de toda a equipa multidisciplinar, dentro do SCG, sob supervisão da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora (elemento auditor do serviço) e permitiu-nos, além do contacto com a realidade desta prática tão simples, mas tantas vezes descurada, também uma introspeção acerca das práticas de prevenção do controlo de infeção associada aos cuidados de saúde. Os dados desta auditoria não foram trabalhados, uma vez que este tratamento é da responsabilidade da CCI, mas foi possível observar que as práticas se encontram ainda longe do desejado, não sendo cumpridos os 5 momentos de higienização das mãos.

Estas atividades foram realizadas em grupo, uma vez que decorrem em simultâneo 3 estágios do curso de Mestrado em EMC sob a mesma orientação.

Com as atividades realizadas consideramos ter desenvolvido a competência K3 do enfermeiro Especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, nomeadamente: maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas

em tempo útil e adequadas. Atuámos no sentido da minimização do risco de infeção nos diferentes contextos de atuação, face à complexidade das situações e à necessidade de medidas invasivas para a manutenção da vida da pessoa em situação crítica.

Relativamente ao objetivo **prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença crónica, incapacitante e/ou terminal**, durante o estágio foram prestados cuidados dirigidos quer a pessoas com doença crónica, quer a pessoas com doença incapacitante ou estadio terminal de doença, numa abordagem holística, procurando como objetivo máximo o seu bem estar.

Demonstrámos capacidade de identificar as necessidades destas pessoas, bem como dos seus cuidadores e família. Também, em complementaridade com o PIS, e seguindo as linhas orientadoras de Dorothea Orem, nos foi possível avaliar o grau de dependência e as necessidades de cuidados da pessoa, estabelecendo um plano individualizado, em colaboração com a mesma, cuidadores e familiares. Assim, no sentido de promover a sua autonomia e maximizar a sua qualidade de vida, diminuindo o seu sofrimento e respeitando a sua perspetiva face ao cuidado, fizemos, orientámos, proporcionámos apoio físico e psicológico, proporcionámos e mantivemos um ambiente de apoio ao desenvolvimento, e ensinámos, relativamente à readaptação ao meio envolvente e ao controlo de sintomas (Orem, 1989).

Relativamente aos cuidados à pessoa em fim de vida, *“a acção dos enfermeiros é orientada por uma preocupação efectiva em promover a qualidade de vida máxima do tempo de vida que resta, em garantir cuidados de acompanhamento e de suporte, com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissionais”* (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005, p. 126).

Denote-se aqui a importância das capacidades de análise e adequação da ética e deontologia, bem como da epistemologia, às diferentes problemáticas no que respeita à pessoa com doença crónica, incapacitante ou terminal, de forma a prestar cuidados seguros, conscientes e éticos. Estas capacidades foram desenvolvidas ao longo do curso de Mestrado em EMC, e foram mobilizados para a prática os contributos da UC Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem, bem como do Módulo Questões éticas emergentes em cuidados em Cuidados Complexos lecionado na UC EMC II.

Estes contributos permitiram também **aprofundar conhecimentos sobre os cuidados especializados à pessoa a vivenciar processos de doença crónica,**



**incapacitante e/ou terminal**, tal como os Módulos Cuidados ao cliente em fim de vida e Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem, lecionados na UC EMC II. A realização de pesquisa bibliográfica foi também uma constante ao longo do período de estágio, pois a qualidade dos cuidados esteve sempre no enfoque.

Em relação ao objetivo **promover a otimização dos cuidados de enfermagem no SCG, na perspetiva da diminuição do sofrimento, à pessoa com doença crónica, incapacitante ou terminal**, realizámos um *poster* sobre hipodermoclise, com os objetivos de sensibilizar a equipa de enfermagem da aplicabilidade da técnica, no âmbito da prestação de cuidados de qualidade à pessoa em fim de vida; divulgar a hipodermoclise no SCG; e refletir sobre a utilização da técnica no âmbito do desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro Especialista em EMC. A divulgação da técnica de hipodermoclise, bem como a consciencialização da equipa de enfermagem sobre a mesma, permitirá uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa/família em fim de vida, no SCG, tendo em consideração os contextos da *praxis*. O *poster* (Apêndice XIV) e respetivo resumo (Apêndice XXV) foram apresentados nas 3as Jornadas de Enfermagem da instituição, e foi obtida a atribuição de 2º prémio com o mesmo.

No contexto de consecução deste objetivo, tivemos oportunidade de assistir à mesa “Intervenção em situação crónica e paliativa: bem-estar, conforto e qualidade de vida”, no âmbito do Encontro de EMC da ESS-IPS, nomeadamente às apresentações “cuidados paliativos em Portugal: um sonho vs realidade”, “cuidado espiritual: um foco de intervenção” e “uma experiência de futuro no Distrito”, possibilitando-nos conhecer novas realidades diferentes da *praxis*, bem como refletir sobre o tema.

Tendo em conta os indicadores de avaliação propostos relativamente aos quatro últimos objetivos, direcionados para a competência L5 do enfermeiro Especialista em pessoa em situação crónica e paliativa (cuida da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida), consideramos tê-los atingido. Importa mencionar que nos tínhamos inicialmente proposto a realizar um estágio observante de 8h na consulta da Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos da instituição, com o objetivo de compreender a dinâmica da mesma, contudo, por constrangimentos de autorização tardia do mesmo e de horários no final do

período de estágio, não foi possível a sua realização. Ainda assim, posto o referido, consideramos ter atingido os objetivos propostos direcionados à competência L5.

No âmbito do objetivo **atentar na relação estabelecida com as pessoas com doença crónica, incapacitante e/ou terminal, seus cuidadores e familiares, no âmbito da prestação de cuidados**, direcionado para o desenvolvimento da competência específica L6 do enfermeiro Especialista em EMC, podemos referir que, no contexto, foram sempre privilegiadas as relações, a comunicação e o apoio estabelecidos com a pessoa e respetivos familiares. Este relacionamento revela-se fulcral no processo de acompanhamento da pessoa, durante os seus estadios de doença e, muitas vezes, no processo de morte.

Também tivemos oportunidade de mobilizar para a prática os contributos dos Módulos Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem (UC Enfermagem), Cuidados em Situação de Crise: Clientes e Família (UC EMC I), Cuidados ao Cliente em Fim de Vida e Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem (UC EMC II), lecionados ao longo do curso. Na prestação de cuidados de enfermagem em fim de vida os conhecimentos e competências éticas, técnicas, relacionais e de gestão, necessários para enfrentar a complexidade das relações humanas e a combinação de múltiplos fatores, são redobrados, com vista à promoção do conforto da pessoa, integrando os aspetos físicos, psicológicos e espirituais para facilitar o processo de adaptação nesta fase.

Assumiu especial relevância a realização de um trabalho académico intitulado “Dignidade em Fim de Vida”, no âmbito da UC Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem, tendo permitido desenvolver a capacidade reflexiva e o pensamento crítico em enfermagem, no que diz respeito aos cuidados em fim de vida e parcerias terapêuticas com a pessoa e família. Sendo o cuidar o ideal moral da enfermagem, o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Neste sentido é essencial interligar os cuidados de enfermagem com os princípios éticos subjacentes a esses cuidados.

Por tudo o que referimos, e por todas as atividades desenvolvidas nesse sentido, consideramos que atingimos o objetivo geral da realização do PAC, ou seja, o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro Especialista em EMC.

Contudo, importa ainda refletir sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro Especialista e das competências de Mestre em EMC, pelo que apresentamos no próximo capítulo as considerações que achámos pertinentes nesse sentido.

## 4. Análise da Aquisição e Desenvolvimento de Competências

De acordo com HESBEEN (2000, p.139), *“desenvolver o saber-tornar-se e alimentar a capacidade de inferência do artífice inscreve-se num processo permanente que permite à enfermeira e ao enfermeiro aumentar as suas competências pessoais na prestação de cuidados a doentes e seus familiares.”*

Sendo o curso de Mestrado em EMC de natureza profissionalizante, este visa a formação pós-graduada de enfermeiros na área da especialização, respondendo não só às exigências do DL 74/2006, onde consta que o grau de Mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional (DL 74/2006 de 25 de março, artigo 18º, nº 4), mas também à legislação vigente de enfermeiros especialistas (concretamente a Portaria 268/2002 de 13 de março).

Assim, o Departamento de Enfermagem da ESS-IPS, apresenta um conjunto de competências que devem ser desenvolvidas durante o curso, conforme preconizado no Guia de Curso do 3º Semestre do curso de Mestrado em EMC. São elas as competências comuns do enfermeiro Especialista, as competências específicas do enfermeiro Especialista em EMC, e as competências de Mestre em Enfermagem, pelo que passamos a analisar o desenvolvimento de competências especializadas nestes três níveis.

### 4.1.Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Neste capítulo, é realizada uma análise do processo de aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista, ou seja, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade.

A excelência é uma procura constante. A alínea c) do Artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro - CDE (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005, p. 183) - da excelência do exercício - prescreve que o enfermeiro deve *“manter a actualização contínua dos seus conhecimentos”*, no sentido do desenvolvimento das suas competências científicas, técnicas e relacionais.

Relativamente às **competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no seu campo de intervenção**, esta competência foi desenvolvida ao longo

de todas as atividades realizadas durante o estágio, tanto na prestação direta de cuidados como na elaboração do PIS e do PAC.

É dever do enfermeiro adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (de acordo com o Artigo 8º do Regulamento do Exerício Profissional dos Enfermeiros - REPE – OE, 2012<sup>b</sup>), pelo que o enfermeiro deve conhecer a legislação vigente, no que respeita ao Direito em Saúde.

Importa salientar a importância dos contributos da UC de Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem no desenvolvimento da competência supra-mencionada, assim como a elaboração de um trabalho de grupo, com o tema “Dignidade em Fim de Vida”, integrado nesta UC, e no qual foi possível aplicar os contributos dos Módulos de Epistemologia e Conhecimento, Ética de Enfermagem, Direito da Enfermagem, Ética em Investigação e Análise do CDE. Este trabalho permitiu-nos desenvolver competências de raciocínio e reflexão, nomeadamente na aplicação epistemológica, ética e deontológica a casos práticos da rotina diária.

Na elaboração do PIS, como já foi referido, foram cumpridos todos os princípios éticos e deontológicos inerentes a um trabalho de investigação, nomeadamente no respeito pelo sigilo e anonimato das fontes, como nos remete o Artigo 85.º do CDE, salvaguarda dos participantes e consentimento informado, de acordo com o Artigo 84º do mesmo. Foi também efetuado um pedido de autorização formal à Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Diretora da instituição, o que permitiu tomar conhecimento dos procedimentos a realizar neste âmbito, contribuindo para o desenvolvimento de competências nesta área.

Ainda assim, importa salientar que o PIS foi realizado à luz dos princípios éticos da beneficência, não-maleficência, justiça e respeito pela autonomia, e invulnerabilidade, consagrados pelo Artigo 81º do CDE, dos valores humanos, onde se incluem os deveres de proteção dos direitos da pessoa.

De forma a *“defender e proteger a pessoa humana de práticas que contrariem a lei, a ética ou bem comum”* (OE, 2012<sup>b</sup>, p. 75), é essencial que o enfermeiro conheça as disposições legais e éticas subjacentes à prática profissional. Assim, a nossa prática centra-se numa atuação ponderada, alicerçada nos princípios científicos, nos valores e nos princípios que regem a profissão, de acordo com a lei vigente, o que nos permite fundamentar em autonomia, interdependência e multidisciplinaridade.

Os valores universais como a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e justiça, bem como a busca pelo aperfeiçoamento profissional, a excelência do exercício profissional e na relação com outros profissionais, foram sempre assumidos como princípios orientadores, tal como disposto no artigo 78º do CDE.

Também na realização do PAC foram adotados os procedimentos éticos aplicáveis, nomeadamente nos pedidos de autorização à Direção de enfermagem para utilização de imagens e realização do *poster* relativamente ao exercício de inundação realizado, já referido no capítulo referente ao PAC, assim como o pedido formal de autorização para realização da sessão de sensibilização às visitas relativamente à importância da higienização das mãos. No âmbito desta sessão, foram também captadas imagens, aplicando o respetivo impresso de autorização, que nos foi fornecido aquando da autorização da realização da sessão.

Ainda de referir os contributos da realização do trabalho académico no âmbito do Módulo Supervisão de Cuidados, integrado na UC EMC II, uma vez que nos permitiu agir e refletir sobre o processo conducente à tomada de decisão numa situação problemática, sob a perspetiva de supervisão de cuidados em enfermagem, que incluiu a sua análise à luz da ética, deontologia e direito em enfermagem.

Neste contexto, foi também bastante interessante assistir à apresentação “Questões éticas em situações complexas” do Encontro de EMC da ESS-IPS, fomentando a reflexão sobre a prática.

No âmbito das **competências do domínio da melhoria da qualidade**, a aquisição destas foi demonstrada no âmbito da realização do PIS, em todas as suas fases. Não só através da identificação de oportunidades de melhoria no serviço que visam o aumento da qualidade dos cuidados, mas também através do desenvolvimento de competências a nível da análise e planeamento desses cuidados. O objetivo fundamental do PIS, promover a qualidade dos cuidados de enfermagem através da otimização da intervenção dos enfermeiros no domínio da avaliação funcional da pessoa, pressupõe por si só a procura da melhoria dos cuidados como ponto fundamental. A otimização dos registos de enfermagem, que constitui objetivo específico, vem também permitir claramente a melhoria da qualidade, uma vez que os registos são parte fundamental das nossas atividades profissionais.

A definição de qualidade na área da saúde implica a explicitação e incorporação dos direitos fundamentais da pessoa, que deverão ser garantidos e preservados na sua integridade. Deve reconhecer-se a dignidade da pessoa, o valor da vida e da saúde, comprometendo-se a respeitá-los de forma absoluta (MEZOMO, 2001).

A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade implica a excelência do exercício profissional. Esta, é regulamentada pelo Artigo 88º do CDE, que apresenta um conjunto de deveres, no sentido de promover e assegurar a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, foram sempre prestados cuidados num ambiente terapêutico e seguro. Algumas atividades foram desenvolvidas no âmbito da gestão da qualidade, nomeadamente verificação do ventilador, do monitor desfibrilhador, malas de transporte e carro de emergência.

De referir também que, no âmbito da melhoria da qualidade, foram efetuados relatos de incidentes clínicos e não clínicos sempre que necessário, bem como incentivados os colegas a realizar os mesmos nas situações oportunas.

A melhoria da qualidade só é possível através de uma procura constante de desenvolvimento e renovação de conhecimentos, de acordo com as evidências mais recentes, pelo que a pesquisa bibliográfica, sistemática e organizada, foi uma constante.

Relativamente às **competências no domínio da gestão dos cuidados**, também a realização do PIS vem demonstrar desenvolvimento neste âmbito. Ao planear a criação de um procedimento que vem normalizar as práticas, nomeadamente a proposta de procedimento que criámos, sobre aplicação e registo da EB no SCG, temos como premissa a uniformização e normalização de procedimentos, permitindo assim uma melhor gestão de cuidados. Por outro lado, ao propormos com a implementação do PIS um maior grau de coerência no diagnóstico e planeamento dos auto-cuidados, pretendemos que os cuidados tenham uma gestão mais cuidada.

De referir o importante contributo dos conteúdos lecionados nas UC's Gestão de Processos e Recursos (ao nível da aquisição de conhecimentos sobre ferramentas de gestão, como a SWOT, que foi aplicada na fase diagnóstica do PIS, bem como a metodologia de projeto) e Enfermagem (nomeadamente ao nível do Módulo Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem), que nos permitiram desenvolver competências no âmbito da gestão.

Ao nível da prestação direta de cuidados, procurámos sempre fazer uma boa gestão da mesma, através de todos os recursos disponíveis. Um processo de enfermagem bem aplicado, em que são feitos uma boa avaliação, diagnóstico e planeamento, vem permitir uma eficaz gestão dos cuidados. As prioridades também foram consideradas, e, em situações de delegação, procurámos ser explícitos no solicitado, clarificando, ensinando, instruindo e treinando nesse sentido. A supervisão e avaliação dos resultados foram também uma constante.

O facto do estágio ter sido orientado por um elemento da equipa de gestão, permitiu-nos ter maior contacto com gestão de equipamentos e medicação (reposição de níveis, verificação de prazos de validade, supervisão de utilização de equipamentos, entre outros), possibilitando fazer uma observação participante e reflexiva na ótica de gestor, papel tão importante para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

No que respeita às **competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, esta evolução tem sido evidente, e estas competências amplamente desenvolvidas, tanto em contexto clínico (uma vez que a auto-consciência, a relação com o outro e as capacidades de resposta à segurança e qualidade dos cuidados têm base no auto-conhecimento) como em contexto do desenvolvimento do PIS e PAC.

No âmbito do PIS, fomos agentes ativos no campo de investigação, usámos a metodologia de trabalho de projeto, aplicando os princípios da investigação com o intuito de, após detetar no serviço um problema transversal aos cuidados prestados, contribuir para o desenvolvimento de aprendizagens, a aplicar na *praxis* diária, visando ganhos em saúde aos cidadãos. Esta análise das necessidades revelou-se uma estratégia capaz de produzir objectivos válidos e de fornecer informação útil para decidir sobre os conteúdos a incidir, promovendo o desenvolvimento a nível pessoal, profissional e organizacional. O levantamento de necessidades permitiu-nos ser elementos ativos no próprio projecto formativo, atribuindo-lhe um significado mais verdadeiro, de acordo com o preconizado pela andragogia (IMAGINÁRIO, 2005).

Por outro lado, a procura proativa por formação, contribui para o desenvolvimento deste domínio de competências. Sendo a formação um dos principais pilares para a qualidade dos cuidados de saúde, o processo formativo tem sido dinâmico, gerador de conhecimentos, de reflexões e introspeções acerca da *praxis*, e até gerador de mudança, nomeadamente na adequação dos cuidados de acordo com as práticas baseadas na

evidência mais recente. Neste âmbito, a frequência do curso de Mestrado em EMC tem sido de um inquestionável ganho pessoal.

O Módulo Formação Contínua aplicada à Enfermagem, integrado na UC Enfermagem, deu-nos também contributos, a nível de aprendizagens e reflexões daí decorrentes, bem como à aplicação na prática da formação contínua e andragogia.

Participámos ainda nas formações em serviço sobre a escala de alerta precoce de pessoa em situação crítica (NEWS); sobre cuidados de enfermagem à pessoa submetida a ventilação invasiva; sobre otimização de práticas na prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto; e sobre prevenção de úlceras por pressão – avaliação do risco.

De acordo com o estudo de DIAS (2004), os contributos da formação em serviço para a melhoria das práticas são evidentes, uma vez que se fomenta, nestes contextos formativos, a capacidade de reflexão crítica sobre os cuidados que se prestam e sobre a melhor forma de trabalhar em torno da resolução de problemas reais.

Também as participações no 1º Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica, organizado pela ESS-IPS, e nas 2<sup>as</sup> Jornadas de Enfermagem da instituição, foram uma mais valia, fomentando aprendizagens, desenvolvimento de conhecimentos e reflexões, contribuindo assim para o desenvolvimento de competências. De acordo com SERRANO (2008, p.48) *“a aprendizagem surge da interacção da pessoa com o contexto e refere-se a desafios enfrentados na vida, na educação, nas instituições e na comunidade, ou seja ocorre sempre que a pessoa age e interage, reflecte e pensa”*.

Analizados os domínios comuns das competências do enfermeiro Especialista, prosseguimos com a análise de competências, nomeadamente específicas, às quais apenas fazemos alusão uma vez que já foram abordadas no capítulo anterior, e de Mestre.

## **4.2.Competências específicas do enfermeiro Especialista em EMC**

Já analisadas as competências comuns do enfermeiro Especialista, importa agora relembrar as competências específicas do enfermeiro Especialista em EMC: cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (K1); dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à acção (K2); maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa



em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (K3); cuida da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida (L5); e estabelece relação com pessoas com doença crónica, incapacitante e/ou terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte (L6) (OE, 2010<sup>b</sup>; OE, 2011<sup>a</sup>).

No intuito do desenvolvimento das competências supracitadas desenvolvemos um PAC (Capítulo 3), onde abordamos o percurso planeado e realizado, e tecemos considerações acerca da aquisição e desenvolvimento destas competências, pelo que é essencial a leitura do referido capítulo para compreensão da nossa análise das mesmas.

Assim sendo, passamos a analisar a aquisição de competências de Mestre.

### **4.3.Competências de Mestre**

O DL 74/2006 de 25 de Março, preconiza que no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional (Artigo 18º, nº 4). Neste sentido, o Departamento de Enfermagem da ESS-IPS (2014), prevê que cada mestrando: demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem; realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas; integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa; aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos; inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em enfermagem em particular.

Na análise das competências de Mestre, e já analisadas as competências específicas do enfermeiro Especialista em EMC, assim como as competências comuns do

enfermeiro Especialista, compreendemos que todo o nosso percurso e trabalho desenvolvido, em articulação com a nossa individualidade, convergem num todo.

Na **demonstração de competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem**, uma vez que estas se encontram refletidas na aplicação do processo de enfermagem, foram demonstradas na prática clínica. Tendo a prestação de cuidados sido centrada tanto na pessoa em estado crítico como na pessoa em situação crónica ou paliativa, a nossa atuação direcionou-se aos problemas da pessoa, após avaliação, diagnóstico e planeamento de cuidados específicos, atuando com a destreza necessária, por um lado, sempre com segurança, e proporcionando o máximo bem-estar possível à pessoa, por outro, atendendo à sua idiossincrasia. Os cuidados foram também prestados no sentido da promoção do auto-cuidado da pessoa, sendo este o pressuposto em que se centra a teoria de enfermagem de Dorothea Orem (OREM, 1980).

Relativamente ao PIS, por tudo o que já foi referido acerca do mesmo, este permitiu-nos também demonstrar competências específicas na conceção (através da criação do projeto, diagnóstico da situação, formulação de objetivos), gestão (através da elaboração do planeamento, onde foram também considerados recursos materiais, humanos, gestão de tempo para implementação do projeto) e supervisão clínica (subjacente na fase de identificação do problema e no objetivo do projeto, que visa acima de tudo a melhoria de qualidade) dos cuidados de enfermagem.

De referir que o trabalho académico desenvolvido no âmbito do Módulo Supervisão de Cuidados, integrado na UC EMC II, já referido anteriormente, veio possibilitar o desenvolvimento de competências ao nível da supervisão clínica, possibilitando a articulação das dimensões do saber (conhecimentos), saber-fazer (capacidades), saber-ser (atitudes e comportamentos), e saber-aprender (evolução das situações e permanente atualização e adaptação que estas exigem). Este processo revelou-se uma preciosa ferramenta de gestão de cuidados, que permite a reflexão sobre as práticas profissionais, bem como a monitorização das mesmas, com vista à segurança dos cuidados e à promoção da qualidade. Também a componente ético-deontológica que regula a ação, e que confere a fundamentação à resolução de casos, permite uma tomada de consciência, tanto individual como coletiva, em relação às situações vividas e à prestação de cuidados.

**O desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas** tem sido, como já referimos, constante, pois só com amplos conhecimentos em determinada área, se pode ser perito nessa área.

DIAS (2004, p.17), diz-nos que *“a enfermagem como profissão exige a mobilização de conhecimentos adquiridos durante a formação de base e/ou especializada, que devem ser continuamente renovados através de formação permanente”*. O mesmo autor refere também que a auto-formação diz respeito não só à pessoa, como ao seu contexto de trabalho e meio envolvente, onde desenvolve a sua atividade profissional.

Neste sentido, a pesquisa bibliográfica pertinente e organizada, o perfil pessoal de persistência e dedicação, a frequência deste curso de Mestrado, o estudo dos aportes teóricos lecionados no mesmo, a frequência de formações em serviço e formações ministradas pela instituição em que trabalhamos, a participação em conferências e encontros de enfermagem, a procura incessante de prestar cuidados de qualidade, seguros, e dotados da componente relacional tão própria da profissão de enfermagem, são evidências neste desenvolvimento. Na formulação do PAC, este encontra-se também explícito, pela procura de desenvolvimento de competências demonstrada.

**A integração em equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa** tem sido também demonstrada. Apesar de a equipa onde nos inserimos em contexto de estágio ser a mesma a que pertencemos enquanto profissionais, a nossa mudança de postura neste novo contexto foi evidente, pelo que assumimos o papel de estudante mestranda. Foi neste contexto que incluímos desde início a equipa no desenvolvimento do PIS, como já referimos, assim como também articulámos com a Direção de enfermagem (para pedido de autorizações), com o elemento responsável pela formação na instituição, com o elemento responsável da CCI, com o Sr. Diretor do serviço, Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe e, como é evidente, com a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora e Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> orientadora.

Na prestação de cuidados, a multidisciplinaridade foi sempre integrada. De referir os contributos de assistir à mesa “A multidisciplinaridade e a continuidade dos cuidados”, nas 2<sup>as</sup> Jornadas de Enfermagem da instituição, promovendo a reflexão neste sentido.

Também **agimos no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos**, não só em contexto de prática clínica, assumindo uma prestação de cuidados fundamentados em bases científicas de evidência, regidos pela ética e deontologia profissional, mas também na elaboração do

PIS. Neste, o desenvolvimento referido foi evidente, tendo sido necessário decidir, argumentar e tomar decisões, bem como utilizar instrumentos que conferiram rigor e demonstraram a pertinência do projeto e a resolução fundamentada dos problemas. A concretização do projeto foi também fundamentada com base em indicadores de resultado formulados no planeamento do mesmo, o que permitiu analisar os seus resultados e consequentemente os ganhos em saúde.

Relativamente ao PAC, também na formulação foram demonstradas as competências de tomada de decisão, raciocínio e argumentação.

A referir ainda os contributos do trabalho académico no âmbito do Módulo de Supervisão de Cuidados, já mencionado, relativamente à tomada de decisão fundamentada e apoiada em documentos do quadro ético e jurídico.

Também os trabalhos académicos no âmbito das UC's Investigação (onde desenvolvemos um poster científico com o tema “Práticas de enfermagem no tratamento de feridas cirúrgicas”) e Gestão de Processos e Recursos (com o desenvolvimento de um projeto de intervenção organizacional assente num diagnóstico de situação real) contribuíram para o desenvolvimento das competências supracitadas.

No que concerne a **iniciar, contribuir para e/ou sustentar investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência**, esta competência foi desenvolvida através da elaboração do PIS, no qual utilizámos metodologia de projeto, e para o qual nos fundamentámos não só em bases científicas, mas também numa análise cerrada da situação, antes e depois da implementação do projeto, onde recolhemos e analisámos estatisticamente dados, que sustentam o projeto e a sua pertinência. Assim, analisámos e materializámos resultados de investigação para dar resposta a um problema na nossa área de intervenção.

Também a elaboração do *poster* “Hipodermoclise – uma opção segura nos cuidados à pessoa em fim de vida”, já mencionado neste documento, veio contribuir para promover a prática baseada na evidência no SCG a nível da técnica de hipodermoclise, uma vez que foi efetuada revisão da literatura para elaboração fundamentada do *poster*.

De referir ainda a realização do artigo científico reflexivo da metodologia de trabalho de projeto por nós realizada, no âmbito da avaliação funcional das pessoas internadas no SCG: aplicação da EB, e o qual visa a posterior publicação, possibilitando enriquecer a comunidade profissional e académica com contributos nesta área.

Por fim, quanto à **realização de análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em enfermagem em particular**, podemos afirmar que o nosso percurso profissional e académico nos tem permitido desenvolver esta competência, e importa referir os contributos da frequência do curso de Formação Inicial de Formadores, que nos dotou de aportes pedagógicos de grande importância para a realização de formação.

Esta competência foi desenvolvida através da metodologia de trabalho de projeto, utilizada no PIS, nas suas diferentes fases de realização. No âmbito foi efetuada formação dos pares, cuja fase diagnóstica se encontra associada ao projeto em si. Foi efetuado um planeamento da formação, contemplando a formulação de objetivos e resultados esperados. Foram ainda planeados os conteúdos a abordar, de acordo com as necessidades identificadas na fase diagnóstica do PIS, bem como a metodologia a utilizar e a projeção de recursos materiais necessários. A formação foi fundamentada com base em evidência pesquisada e produzida, ao nível das auditorias aos processos de enfermagem.

Também no que respeita à atividade de sensibilização das visitas das pessoas internadas no SCG relativamente à importância da higienização das mãos, foi efetuado um projeto desta sessão, bem como um relatório, desenvolvendo competências de diagnóstico, planeamento, execução e avaliação da formação, com base na investigação previamente realizada e nas políticas de saúde vigentes.

Explicitado assim o desenvolvimento de competências especializadas ao longo do nosso percurso, terminamos o nosso relatório com a apresentação de uma nota conclusiva.

## 5. Nota Conclusiva

Após a realização deste relatório de trabalho de projeto, consideramos que a mesma foi de uma mais-valia incontestável como parte constituinte do nosso percurso, uma vez que nos permitiu refletir e crescer enquanto estudantes, profissionais e pessoas. Através da reflexão, capacidade que nos torna tão únicos, desenvolvemos competências e convertemos conhecimentos em saber-saber, saber-estar e saber-fazer.

O que à partida se apresentava como um desafio, foi um trabalho construtivo, gratificante e enriquecedor. Atingimos os resultados a que nos propusemos com a escolha do local de estágio, com o trabalho desenvolvido, que trouxe contributos ao nível da melhoria contínua da qualidade e satisfação das pessoas.

Um aspeto facilitador foi a disponibilidade das orientadoras, que nos transmitiram motivação, segurança nas escolhas, e importantes contributos técnicos e científicos.

Contudo, nem tudo foi fácil neste percurso, uma vez que assumir o papel de estudante alternadamente com o papel de profissional, implica constrangimentos ao nível da gestão pessoal de tempo, tendo sido este o principal elemento dificultador ao trabalho desenvolvido enquanto estudante.

No entanto, as aprendizagens foram bastante significativas, e a metodologia de trabalho de projeto permitiu-nos um desenvolvimento alargado de competências especializadas, sobre as quais refletimos no presente relatório. Também a Teoria de Orem como referencial teórico, com as teorias do auto-cuidado, do défice de auto-cuidado e dos sistemas de enfermagem inter-relacionadas, nos permitiu precisar, de forma clara, o campo de atuação, organizar os cuidados e direcionar o PIS.

Percorrido o processo formativo e analisando todo o percurso, percebemos que para o sucesso do mesmo contribuíram vários fatores interligados. Também os contributos dos aportes teóricos lecionados durante o curso, que mobilizámos para a prática, convergiram naturalmente para a finalidade do curso, ou seja, contribuir, com suporte na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e *práticos* da enfermagem na área da especialidade de EMC. Dentro destes fatores podemos ainda considerar além das vivências académicas, as vivências pessoais, interpessoais e profissionais.

Importa referir que, realizar e implementar um projeto é um processo bastante complexo e desafiante, mas a sua manutenção pode ser ainda mais difícil. Por isto,

relativamente ao PIS, propomo-nos a dar continuidade ao mesmo, através das estratégias necessárias e avaliação contínua, bem como a alargar a sua divulgação, como já referimos ao longo do relatório.

Podemos referir que, com o trabalho desenvolvido a nível do PIS e do PAC, fizemos cumprir os enunciados descritivos dos padrões de qualidade especializados tanto da pessoa em situação crítica como da pessoa em situação crónica e paliativa, embora os domínios mais evidentes tenham sido, com a implementação do PIS, o domínio da promoção da qualidade de vida, bem-estar e alívio do sofrimento e domínio do bem-estar e auto-cuidado, assegurando o rigor técnico-científico na implementação, reavaliada e reajustada, das intervenções de enfermagem, com uma filosofia de cuidados centrada na promoção da autonomia da pessoa, de acordo com o referencial teórico adoptado (teoria de Orem), utilizando instrumentos de avaliação do grau de dependência adequados; o domínio da readaptação funcional, assegurando a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem através da otimização e rigor nos registos de enfermagem; e domínio da organização dos cuidados especializados, através da implementação de um projeto que veio permitir a melhoria da qualidade do exercício.

Consideremos ter organizado o documento de uma forma facilitadora da consecução dos objetivos propostos para o mesmo, e, fazendo uma análise do mesmo, podemos concluir que estes foram atingidos: após desenvolvido o enquadramento teórico-concetual, apresentámos o PIS, explicitando todas as etapas do trabalho de projeto, tal como aconteceu de seguida no PAC. Foram depois sistematizadas as aprendizagens, ao nível da análise de competências especializadas e de Mestre.

São estas competências que nos fazem agora assumir novos compromissos, perante nós e perante a sociedade académica e profissional, que abraçamos com entusiasmo. Estamos agora dotados de um olhar mais profundo sobre a pessoa em situação crítica e sobre a pessoa em situação crónica e paliativa, que nos permite identificar as necessidades de cada pessoa na sua idiossincrasia, planear e implementar intervenções de enfermagem especializadas, resolver situações-problema no âmbito da prática especializada, fundamentando-nos na evidência e no quadro ético, deontológico e legal de que dispomos, mantendo um elevado nível de proficiência.

## Referências Bibliográficas

- ABRUNHOSA, Maria Antónia; LEITÃO, Miguel – Um Outro Olhar Sobre o Mundo - Introdução à Filosofia. 2ª Edição. Porto: Edições Asa, 2004. ISBN: 972-41-3795-3.
- ALLIGOOD, Martha; TOMEY, Ann. – Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6.
- APÓSTOLO, Jorge - Portfolio de evidências de Aprendizagem como Instrumento de Inovação Pedagógica no Ensino Clínico de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* [Em linha]. 1ª Série, n.º 6 (2001). p. 15-21. [Consultado a 2 de Julho de 2014]. Disponível em <URL: [https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=148&codigoO=>](https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=148&codigoO=>). ISSN: 0874-0283.
- ARAÚJO, Fátima [*et al*] – Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 25, n.º 2 (2007). p. 59-66. ISSN: 0870-9025.
- BARBIER, Jean-Marie. - Elaboração de Projetos de Acção e Planificação. Porto: Porto Editora, 1996. ISBN: 972-0-34106-8.
- BAUMANN, Steven - What Does Expert Nursing Practice Mean? *Nursing Science Quarterly* [Em linha]. Vol. 19, n.º 3 (2006), p. 259-264. [Consultado a 10 de Fevereiro de 2015]. Disponível em <URL: <http://nsq.sagepub.com/content/19/3/259.full.pdf+html>>. ISSN: 1552-7409.
- BENNER, Patrícia – De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Editora Quarteto, 2001. ISBN: 972-8535-97-X.



- BOUTINET, Jean-Pierre - Antropologia do Projecto. Lisboa: Insituto Piaget, 1996. ISBN 972-8329-35-0.
- CARVALHO, Angelina; DIOGO, Fernando – Projecto Educativo. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 2001. ISBN: 972-36-0349-7.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise – Promover a Vida. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN 972-757-109-3.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (International council of nurses - ICN) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) . Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril. Diário da República n.º 93 [Em linha], Série I-A (21-4-1998), p. 1739-1757. [Consultado a 28 de Janeiro de 2015]. Disponível em <URL: <https://dre.pt/application/file/175644> >. ISSN: 0870-9963.
- Decreto-lei nº 74/2006 de 24 de Março. Diário da República n.º 60 [Em linha], Série I-A (24-3-2006), p. 2242-2256. [Consultado a 28 de Janeiro de 2015]. Dsiponível em <URL: [http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/AE6762DF-1DBF-40C0-B194-E3FAA9516D79/1769/DL74\\_2006.pdf](http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/AE6762DF-1DBF-40C0-B194-E3FAA9516D79/1769/DL74_2006.pdf) >. ISSN: 0870-9963.
- Departamento de Enfermagem - Guia de Curso: 3º Semestre. Ano letivo 2014/2015. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal da Escola Superior de Saúde, 2014.
- DIAS, José Manuel – Formadores: Que Desempenho? Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-75-4.
- FERRITO, Candida; NUNES, Lucília; RUIVO, Alice - Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos* [Em linha]. n.º 15 (2010). p. 1-37. [Consultado a 12 de Abril de 2014]. Disponível em <URL: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf) >. ISSN: 1646-5067.

- FORTIN, Marie Fabienne – O Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X.
- GEORGE, Julia – Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional. Tradução: Regina Garces. 4ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. ISBN: 85-7307-587-2.
- HESBEEN, Walter - Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-11-8.
- IMAGINÁRIO, Luís – Andragogia. *Revista Formar* [Em linha]. n.º 46-50 (2004). p. 3-9. [Consultado a 5 de Maio de 2014]. Disponível em <URL: <http://opac.iefp.pt:8080/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=85057&img=2114> >. ISSN: 0872-4989
- JÚNIOR, Carlos Paixão; RECHENHEIM, Michael — Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional dos idosos. *Cadernos de Saúde Pública* [Em linha]. Volume 21, n.º 1 (2005). p. 7-19. [Consultado a 18 de Abril de 2014]. Disponível em <URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/02.pdf> >. ISSN: 0102-311X.
- KELLY-HAYES, Margaret – Avaliação Funcional. In HOEMAN, Sirley – *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo*. 2ª Edição. Lisboa: Lusociência, 2000. ISBN 978-972-8383-13-8. p.161-172.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Diário da República n.º 180 [Em linha], 1.ª série (16-9-2009), p. 6528-6550. [Consultado a 5 de Janeiro de 2015]. Disponível em <URL: <https://dre.pt/application/file/490277> >. ISSN: 0870-9963.
- LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela; SANTOS, Milice – Trabalho de projecto: 1 – Aprender por objectivos centrados nos problemas. 2ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 1989. ISBN: 972-36-0216-4.

- LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela; SANTOS, Milice – Trabalho de projecto: 2 – Leituras comentadas. 3ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 1993. ISBN: 972-36-0238-5.
- LEITE, Lúcia - O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento profissional. *II Congresso da Ordem dos Enfermeiros* [Em linha]. 3º Painel. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. [Consultado a 8 de Fevereiro de 2015]. Disponível em <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong\\_ComLL.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLL.pdf) >.
- MAHONEY, Florence; BARTHEL, Dorothea - Functional Evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal* [Em linha]. Volume 14 (1965), p. 56-61. [Consultado a 12 de Abril de 2014]. Disponível em <URL: [http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel\\_reprint.pdf](http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf) >. ISSN: 0025-4363.
- MARTINEZ, Ana Paula [et al] - Procedimento para Registos Informatizados de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE. Centro Hospitalar X. 2012.
- MEIGNANT, Alain – A Gestão da Formação. Tradução: J. Freitas e Silva. 2ª Edição. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1999. ISBN: 972-20-1608-3.
- MEZOMO, João – Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios básicos. 1ª Edição. Barueri: Manole, 2001. ISBN: 85-204-1263-7.
- NOGUEIRA, Nilbo Ribeiro – Pedagogia dos Projectos: etapas, papéis e actores. Tatuapé: Editora Érica, 2005. ISBN: 85-365-0078-6.
- NUNES, Isabel Maria Lopes Martins - *Participação da Família nos Cuidados ao Utente Internado num Serviço de Ortopedia: Contributos Para Melhorar a*

*Comunicação e a Qualidade dos Cuidados ao Utente* [Em linha]. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa, 2008. Dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde, apresentado à Universidade Aberta de Lisboa. [Consultado a 5 de Fevereiro de 2015]. Disponível em <URL: <http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/712/1/LC452.pdf> >.

- NUNES, Lucília – Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica. Setúbal: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Departamento de Enfermagem, 2013.
- NUNES, Lucília – Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos* [Em linha]. nº 17 (2010). p. 3-9. [Consultado a 16 de Fevereiro de 2015]. Disponível em <URL: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos\\_n17.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n17.pdf) >. ISSN: 1646-5067
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. 1ª Edição. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN – 972-99646-0-2.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição [Em linha]. Lisboa: 2006. [Consultado a 18 de Abril de 2014]. Disponível em <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf) >.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados Descritivos. *Divulgar* [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002. [Consultado a 15 de Junho de 2014]. Disponível em <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf> >.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem da Pessoa em Situação crónica e paliativa [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2014. [Consultado a 4 de Fevereiro de 2015]. Disponível em <URL: [http://www.apcp.com.pt/uploads/oe\\_propostaregulamentopqcee\\_pscpaliativaaprovado-net.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/oe_propostaregulamentopqcee_pscpaliativaaprovado-net.pdf) >.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010a. [Consultado a 6 de Junho de 2014]. Disponível em <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf) >.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011a. [Consultado a 6 de Junho de 2014]. Disponível em <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf) >.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010b. [Consultado a 6 de Junho de 2014]. Disponível em <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf) >.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento do perfil de competências dos enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar* [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012a. [Consultado a 6 de Junho de 2014]. Disponível em <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf) >.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011b. [Consultado a 6 de Junho de 2014]. Disponível em <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf> >.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012b. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011b. [Consultado a 6 de Junho de 2014]. Disponível em <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe\\_vf.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe_vf.pdf) >.
- OREM, Dorothea - Nursing: Concepts of practice. 2ª Edição. New York: Mc Graw-Hill, 1980. ISBN: 978-0070477186.
- OREM, Dorothea - Soins infirmier: les concepts et la pratique. Montréal: Decorie, 1987. ISBN: 978-2891370837.
- OREM, Dorothea - Modelo de Orem: conceptos de enfermeria en la pratica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1993. ISBN: 0-8016-6064-5.
- PINTO, Elsa - *Independência funcional e Regresso ao Domicílio: Variável chave para a Enfermagem de Reabilitação* [Em linha]. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 2011. Relatório final do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. [Consultado a 5 de Fevereiro de 2015]. Disponível em <URL: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1617/1/PINTO%20Elsa%20Maria%20Esteves%20Monteiro%20Independ%C3%Aancia%20Funcional%20e%20Regresso%20ao%20Domicilio.pdf> >.
- Portaria n.º 268/2002 de 13 de Março. Diário da República n.º 61 [Em linha], Série I-B (13-3-2002), p. 2305-2309. [Consultado a 5 de Janeiro de 2015]. Disponível em <URL:

<http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/84F15CC8-5CE1-4D50-93CF-C56752370C8F/1144/P2682002.pdf> >. ISSN: 0870-9963.

- RAMALHO, Anabela - Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN: 972-8485-54-9.
- RIEHL-SISCA, Joan – Modelo de Interaction de Riehl, presta al dia. In *Modelos Conceptuales de Enfermeria*. Barcelona: Ediciones Doyma, 1992. ISBN: 84-7592-490-5.
- SANTOS, Marcos; SOBREIRO, Lúcia; CALCA, Patrícia – Texto de Apoio sobre a Análise SWOT e a selecção de prioridades. *Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva”* [Em linha]. Évora: Universidade de Évora, 2007. [Consultado a 5 de Abril de 2014]. Disponível em <URL: [http://www.cisa-as.uevora.pt/download/textos/TextoApoio\\_SWOT\\_Prioridades\\_final.pdf](http://www.cisa-as.uevora.pt/download/textos/TextoApoio_SWOT_Prioridades_final.pdf) >.
- SEQUEIRA, Carlos - Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN: 9789727577170.
- SERRANO, Maria Teresa – *Desenvolvimento de Competências dos enfermeiros em contexto de trabalho* [Em linha]. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008. Dissertação de Doutoramento em Didáctica, apresentada à Universidade de Aveiro. [Consultado a 12 de Junho de 2014]. Disponível em <URL: [http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD\\_T\\_Serrano.pdf](http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD_T_Serrano.pdf) >.





# Apêndices



# **Apêndice I: Contextualização Organizacional**



## Breve Contextualização Organizacional

Criado por Decreto-Lei, o Centro Hospitalar X (CHX) – Entidade Pública Empresarial (EPE), pertencente a uma Administração Regional de Saúde da zona Sul, é constituído por dois hospitais: o Hospital Y e o Hospital Z. O Hospital Y, onde decorre o atual estágio, abranje, relativamente à sua área de influência, vários concelhos. Este *“(...) tem como missão a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.”* (Centro Hospitalar X, EPE, 2011).

Entre os vários serviços e unidades que constituem o Hospital Y, encontra-se o serviço de cirurgia geral (SCG), onde se realizaram os estágios e no qual foi desenvolvido o projeto de intervenção em serviço (PIS). A sua missão consiste na resolução, no melhor tempo útil, de todas as patologias na esfera da cirurgia geral, eletivas ou de urgência, com qualidade e humanização, e com uma orgânica de funcionamento capaz de fazer a melhor gestão dos recursos humanos e materiais. O serviço organiza-se em diferentes grupos de trabalho: Cirurgia do Supra - Mesocólico, Infra - Mesocólico, Senologia, Endocrinologia, Laparoscopia Avançada e Cirurgia Bariátrica e Metabólica (Centro Hospitalar X, 2011).

O SCG situa-se no quarto piso do Hospital Y, sendo o acesso feito por escadas e elevador. Encontra-se separado fisicamente por duas alas, respetivamente Cirurgia I (que admite preferencialmente homens) e II (preferencialmente mulheres), e estruturalmente é constituído pela área de internamento e pela área técnica, esta última composta pela secção administrativa, gabinete de direção clínica do serviço, gabinetes médicos e sala de reuniões.

O SCG tem uma lotação total de cinquenta e seis camas de internamento (metade em cada ala), distribuídas por enfermarias individuais, duplas e de quatro camas. Destas, oito camas pertencem à Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC) - quatro em cada ala, havendo 2 UCIC's.

Ambas as alas têm uma organização semelhante, estrutural e funcionalmente. As enfermarias são todas localizadas do mesmo lado do corredor (lado que se encontra virado para o exterior do edifício) e as salas de trabalho - salas de registos, de

preparação de terapêutica, de tratamentos, de terminais informáticos, dos limpos, e dos sujos, gabinete da enfermeira chefe, rouparia, copa e casa de banho - do outro lado do mesmo (viradas para a parte interna do edifício).

Todas as unidades, nas enfermarias, são providas de cama, mesa de cabeceira, cadeira ou cadeirão, cortinas de correr para assegurar a individualidade e privacidade da pessoa, rampa de gases e de vácuo, bem como luz individual. Os quartos estão ainda providos de casas de banho (duas casas de banho nos quartos de quatro pessoas, embora uma com as estruturas para duche e outra para eliminação). No interior dos quartos encontra-se também, exteriormente às casas de banho, um lavatório para lavagem das mãos, permitindo a todos assegurar as práticas recomendadas pela comissão do controlo de infecção relativamente à lavagem das mãos.

A admissão de utentes no serviço é efetuada essencialmente através da consulta externa, nomeadamente para cirurgias eletivas, pelo Serviço de Urgência Geral (SUG) e pelo Bloco operatório.

As UCIC's, além de receberem os utentes do SCG, recebem também utentes provenientes dos serviços de urologia, oftalmologia, ginecologia, ortopedia, cuja situação seja crítica, exija maior vigilância, monitorização cardio-respiratória e/ou cuidados mais diferenciados. São dotadas de monitores cardio-respiratórios, aparelhos de perfusão de medicamentos (bombas e seringas), e camas elétricas (o que não acontece sempre, uma vez que cada ala é dotada apenas de 4 camas elétricas, usadas preferencialmente na UCIC, mas que são mobilizadas aquando da transferência de utentes para as enfermarias), além da habitual rampa de gases. Têm ainda 1 ventilador, de carácter transitório e que é essencialmente utilizado na estabilização da pessoa antes de ser transferida, enquanto aguarda transferência, e para transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar. O mesmo serve as duas UCIC's e encontra-se localizado na UCIC da Cirurgia I. Existe ainda em cada UCIC um carro de emergência com monitor desfibrilhador monofásico.

Para a realização de transportes de doentes encontram-se no serviço duas malas de transporte intra-hospitalar e uma mala de transporte inter-hospitalar.

O teste do monitor desfibrilhador é realizado diariamente, o carro de urgência, a mala de transporte são verificados mensalmente e o ventilador é testado mensalmente.

Relativamente aos recursos humanos, o SCG é constituído por um Diretor clínico, por uma Enfermeira chefe, por uma equipa de cirurgiões, que se agrupam em seis grupos de trabalho (Cirurgia do Supra - Mesocólico, Infra - Mesocólico, Senologia,

Endocrinologia, Laparoscopia Avançada e Cirurgia Bariátrica e Metabólica), uma equipa de assistentes técnicos; uma equipa de enfermagem (composta por quarenta e seis elementos) e uma equipa de assistentes operacionais (AO's). De referir que a equipa de enfermagem e a equipa de AO's, apesar de se encontrarem divididas e alocadas a uma das alas respetivamente, são alvo de rotatividade esporádica entre as duas alas.

Os elementos da equipa de enfermagem encontram-se divididos em dez equipas em horário rotativo por turnos, e duas equipas de gestão, em horário fixo (manhã). Os mínimos estabelecidos são três enfermeiros e um AO por turno, sendo que se encontra sempre um enfermeiro responsável pela prestação de cuidados na UCIC. Os três turnos feitos pela equipa de enfermagem e equipa de AO's são manhã (das 08h às 16h30), tarde (das 16h às 23h30) e noite (das 23h às 08h30). Durante as manhãs estão habitualmente distribuídos 5 enfermeiros, durante as tardes e noites, 3 enfermeiros.

O método de distribuição de trabalho pela equipa de enfermagem é o método individual, no entanto é feito um esforço no sentido de promover um acompanhamento contínuo pelos enfermeiros em relação à situação de cada utente.

A preparação de terapêutica é feita pelo método de utilização de unidose, através de prescrição electrónica.

Existe um único período de visitas, das 14h às 20h, sendo permitidas 2 visitas para cada utente, à excepção da UCIC em que o horário das visitas é das 14h às 15h e das 17h às 20h, sendo apenas permitida uma visita de cada vez junto à pessoa.





## **Apêndice II: Ficha de Diagnóstico de Situação**



## Definição do Problema

<b>Estudante:</b> Vera Lúcia Trigueirão Grazina
<b>Instituição:</b> Centro Hospitalar X – Hospital Y
<b>Serviço:</b> Cirurgia Geral (SCG)
<b>Título do Projeto:</b> Avaliação funcional das pessoas internadas no Serviço de Cirurgia Geral: aplicação da escala de Barthel
<p><b>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha</b> (250 palavras):</p> <p>Avaliar os diferentes níveis de dependência/incapacidade da pessoa internada torna-se um objetivo fundamental para a planificação adequada dos cuidados de saúde. A recuperação funcional da pessoa após cirurgia ou período de internamento revela-se também um indicador importante, pois permite avaliar se a pessoa está apta para retomar o seu contexto domiciliário ou se necessita de ajuda (ajuda de familiares, cuidados domiciliários, institucionalização)<sup>1</sup>.</p> <p>Verificámos que, no Serviço de Cirurgia da Instituição acima referida, se utiliza para avaliação funcional das pessoas internadas a escala de Barthel (EB), embora exista uma grande inconsistência na qualidade destes registos, bem como falta de conhecimento dos enfermeiros sobre a escala e o seu modo de aplicação/preenchimento.</p> <p>A avaliação do grau de autonomia da pessoa é extremamente importante, quer na avaliação inicial de enfermagem (constatou-se que esta não está a ser registada apesar de ser um parâmetro alvo de auditorias clínicas<sup>2</sup>), quer na planificação dos cuidados de enfermagem, tendo em conta as necessidades específicas de cada pessoa.</p> <p>A EB é um instrumento que avalia o nível de dependência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida diárias (comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestuário, controlo de esfíncteres, deambular, transferir-se, subir e descer escadas), e cujo total de pontos pode variar de 0 a 100, sendo que 0 indica dependência total e 100 indica independência<sup>3</sup>. Em contexto clínico, o conhecimento do nível de autonomia relativamente a cada item específico é bastante relevante para a planificação dos cuidados de uma forma personalizada.</p>
<b>Diagnóstico de situação</b>
<p><b>Definição geral do problema:</b></p> <p>Inexistência de uniformização de procedimentos relativamente à avaliação funcional das pessoas internados e respetivo registo.</p>
<p><b>Análise do problema</b> (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)</p> <p>O SCG do CHX, localizado no 4º piso do Hospital Y, é composto por uma equipa de enfermagem com 48 elementos. Encontra-se dividido em duas enfermarias, homens e mulheres, cada uma delas com uma Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC), tendo uma dotação total de 28 camas em cada enfermaria. Utiliza-se o método individual de trabalho.</p> <p>Durante o estágio, verificámos inconsistência nos registos sobre a avaliação funcional da pessoa.</p> <p>Como ferramentas de diagnóstico utilizámos entrevistas não estruturadas com elementos da equipa de enfermagem, sobre a utilização da referida escala, e consulta dos processos de enfermagem das pessoas internados no Serviço em questão, durante um dia de prestação de cuidados em contexto do estágio.</p> <p>Através da análise das entrevistas foi possível identificar alguns aspetos que parecem estar diretamente relacionados com o</p>

preenchimento da escala:

- Incerteza sobre o preenchimento relativamente à especificidade de cada item que a constitui;
- Necessidade de clarificação sobre os momentos em que deve ser aplicada;
- Necessidade de definir a periodicidade com que deve ser planeada (e se deve ou não variar de acordo com o grau de dependência das pessoas);

Com a consulta dos processos de enfermagem de todas as pessoas internados num mesmo dia, foi possível constatar o seguinte:

- Apenas 5% dos processos, tinha registado na avaliação inicial de enfermagem o *score* da EB;
- Encontraram-se 34% de processos com a intervenção “monitorizar capacidade funcional através da EB” planeada (dos quais apenas 42% se encontravam com o último registo corretamente preenchido - sem erros de preenchimento e 37% apresentavam coerência com os focos de enfermagem diagnosticados);
- Os principais erros identificados no preenchimento da escala foram:
  - a) Não preenchimento de 1 ou mais itens (7 casos);
  - b) Preenchimento incorreto dos itens “deambulação” e “cadeira de rodas” (10 casos);
- Encontrou-se apenas um processo com a EB bem registada, sem erros, e simultaneamente com coerência relativamente aos focos de enfermagem diagnosticados;
- Verificou-se grande disparidade na periodicidade do planeamento da intervenção vs planeamento da mesma de acordo com o grau de dependência da pessoa;

Perante os dados apresentados, pareceu-nos evidente a necessidade de atuação nesta área, através da necessidade de formação da equipa de enfermagem e otimização da aplicação da EB. De sublinhar que foi consultada a intranet da instituição, de forma a perceber a existência de normas ou procedimentos de orientação, institucionais, sobre a aplicação e registo da avaliação funcional da pessoa através da EB, o que não foi encontrado. Procedeu-se à realização da ferramenta de gestão de diagnóstico SWOT.

**Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)**

- Necessidade de clarificação, por parte da equipa de enfermagem, sobre a correta aplicação e registo da EB (os profissionais apresentam dúvidas quanto à escala, relativamente às especificações de cada item que a constitui);
- Necessidade de uniformização de procedimentos quanto à periodicidade de avaliação funcional e respetivo registo;
- Inexistência do registo de avaliação funcional da pessoa na avaliação inicial de enfermagem da mesma;
- Inexistência da planificação de avaliação funcional da pessoa no planeamento de cuidados em grande parte dos processos de enfermagem;
- Incoerência dos graus de dependência registados na EB com o *status* de dependência registado no diagnóstico de enfermagem e respetivo planeamento de cuidados;
- Ausência do registo do *score* da EB nas cartas de transferência das pessoas no momento de alta/transferência e nas cartas de sinalização da pessoa para a rede de cuidados continuados.

**Determinação de prioridades**

- Aprofundamento pessoal de conhecimentos na área da avaliação funcional da pessoa através da EB;
- Criação de uma proposta de procedimento, a utilizar no SCG, relativamente à periodicidade de aplicação e registo da escala e respetivo horário a atribuir à intervenção;
- Formação da Equipa de Enfermagem relativamente à avaliação funcional das pessoas internadas no SCG, nomeadamente

no que diz respeito a:

- a) Aplicação correta da EB e respetivo registo da mesma;
- b) Periodicidade de avaliação funcional;
- c) Coerência na avaliação funcional da pessoa, através da EB, com os focos de enfermagem diagnosticados, relativamente aos auto-cuidados e atividades de vida diárias;
  - Divulgação, junto de todos os computadores de registos de enfermagem, através de um documento afixado, da EB e especificidades da mesma, com a finalidade de elucidar sobre a sua correta aplicação;
  - Solicitar, junto dos respetivos responsáveis, a inclusão do registo da EB na folha de sinalização para a rede de cuidados continuados;
  - Divulgação do Projeto.

**Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema.** Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

**OBJETIVO GERAL**

Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem através da otimização da intervenção dos enfermeiros no domínio da avaliação funcional da pessoa internada no SCG.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Promover a uniformização de procedimentos no SCG, relativos à avaliação funcional das pessoas internadas e respetivo registo, utilizando a EB;
- Promover a otimização do registo em *SClínico*, acerca da avaliação funcional da pessoa através da EB;
- Avaliar a implementação do projeto;
- Divulgar o PIS.

**Referências Bibliográficas**

- 1 - ARAÚJO, Fátima; RIBEIRO, José; OLIVEIRA, António; PINTO, Cristina – Validação do Índice de barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 25, n.º 2 (2007). p. 59-66
- 2 - MARTINEZ, Ana; ESTÊVÃO, Cláudia; BARROSO, Fernando; MARTINS, Isabel; NUNES, Violante.
  - *Procedimento para Registos Informatizados de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE*. 2012. Cidade Z: Centro Hospitalar X, E.P.E.,
- 3 – MAHONEY, F; BARHTEL, D. – Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 14. p.56-61



## **Apêndice III: Grelha de Apoio à consulta dos registos de enfermagem**





## Grelha de Apoio à Consulta dos Registos de Enfermagem

Data:

Enfermaria:

[illegible]



## **Apêndice IV: Dados da consulta diagnóstica aos processos de enfermagem**



Resultados da consulta de processos de enfermagem, em  
*SClínico*, sobre a monitorização da capacidade funcional através  
da escala de Barthel, no SCG, na etapa diagnóstica do PIS

Data: 21/03/2014

N.º processos consultados: 56

		Sim	Não	Observações
Score da escala de Barthel registado na Avaliação Inicial?		3	53	Registado o score na avaliação inicial e não levantado como intervenção: 2
Intervenção “Monitorizar capacidade funcional através da escala de Barthel” planeada?		19	37	
Processos com a Intervenção “Monitorizar capacidade funcional através da escala de Barthel” planeada (19)	Última monitorização da escala da EB bem preenchida?	8	11	(Sem ter em conta a coerência nos auto-cuidados diagnosticados)
	Coerência entre a última monitorização da EB com os focos de enfermagem diagnosticados?	7	12	

**Quadro 1 - Resultados da consulta de processos de enfermagem na etapa diagnóstica do PIS, relativamente a score da EB na avaliação inicial, intervenção planeada, última intervenção bem executada e coerência com o restante processo de enfermagem**

Periodicidade Grau De dependência	Diário	2/2 dias	3/3 dias
Dependente	2	3	1
Moderadamente dependente	8	1	0
Independente	2	1	1

**Quadro 2 - Periodicidade de monitorização da EB vs grau de dependência nos auto-cuidados da pessoa**

Erros	
Falta preencher 1 item	6
Faltam preencher 2 ou mais itens	1
Item “deambulação” e “Cadeira de rodas” mal preenchidos	10
Incoerência com os diagnósticos de enfermagem levantados, ao nível dos auto-cuidados	12

**Quadro 3 - Erros comuns identificados na última avaliação da EB**



## **Apêndice V: SWOT**





## Análise SWOT

Projeto de Intervenção em Serviço: Avaliação Funcional das Pessoas internadas no SCG  
- aplicação da EB

S (Forças)	W (Fraquezas)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Equipa de enfermagem dinâmica e de prevalência jovem;</li> <li>▪ Necessidade, sentida pelos profissionais, de melhorar e otimizar a gestão de cuidados e planeamento dos mesmos;</li> <li>▪ Inexistência de procedimento sistematizado relativamente à avaliação funcional da pessoa e respetivo registo;</li> <li>▪ Existência de inconformidades no registo em <i>SClínico</i>, relativamente à avaliação funcional da pessoa e diagnóstico de enfermagem nos auto-cuidados, comprovada através de consultas aos processos de enfermagem;</li> <li>▪ Evidência da importância e contributos da avaliação funcional da pessoa no processo reabilitativo pós-cirúrgico;</li> <li>▪ Reconhecimento por parte da equipa de enfermagem de necessidade de formação relativamente à aplicação da escala de Barthel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risco de insuficiente adesão dos elementos da equipa aos momentos de formação;</li> <li>▪ Risco de desmotivação, por parte da equipa, para colocar em prática os instrumentos e orientações propostas;</li> <li>▪ Risco de reduzida disponibilidade em tempo útil, por parte da equipa, para colocar em prática os instrumentos e orientações propostas;</li> <li>▪ Projeto desenvolvido concomitantemente com semelhantes projetos de intervenção em serviço.</li> </ul>
O (Oportunidades)	T (Ameaças)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constitui um contributo à melhoria contínua da qualidade, sendo que os princípios de qualidade e procura de excelência integram a política de enfermagem da instituição;</li> <li>▪ Constitui parâmetro de avaliação de auditorias clínicas aos registos em <i>SClínico</i>;</li> <li>▪ Projeto inovador no serviço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atual conjuntura político-económica, que interfere na motivação e desempenho dos profissionais.</li> </ul>



## **Apêndice VI: Ficha de Planeamento**



# Planeamento do Projeto

<b>Estudante:</b> Vera Lúcia Trigueirão Grazina	<b>Orientador:</b> Professora Mariana Pereira  Enfermeira MC
<b>Instituição:</b> Centro Hospitalar X (CHX), E.P.E. – Hospital Y	<b>Serviço:</b> Cirurgia Geral (SCG)
<b>Título do Projeto:</b> Avaliação funcional das pessoas internadas no SCG: aplicação da escala de barthel	
<b>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.</b> Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u> ):	
<b><u>OBJETIVO GERAL:</u></b>  - Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem através da otimização da intervenção dos enfermeiros no domínio da avaliação funcional da pessoa internada no SCG.	
<b><u>OBJETIVOS Específicos:</u></b>  - Promover a uniformização de procedimentos no SCG, relativos à avaliação funcional das pessoas internadas e respetivo registo, utilizando a EB; - Promover a otimização do registo em <i>SClínico</i> , acerca da avaliação funcional da pessoa através da EB; - Avaliar a implementação do projeto; - Divulgar o PIS.	

**Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção** (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)

Para realização e implementação do projeto, haverá a necessidade de articular com:

- Sr.ª Prof.ª e Docente Orientadora da ESS-IPS Mariana Pereira;
- Sr.ª Enf.ª Especialista MC (Enf.ª orientadora de estágio);
- Sr.ª Enf.ª Chefe AA e Sr.ª Enf.ª Chefe HM;
- Sr. Diretor do SCG;
- Sr.ª Enf.ª Diretora do CHX;
- Sr.ª Enf.ª responsável pelo Serviço de Gestão da Formação;
- Equipa de Enfermagem do SCG;

Com a Sr.ª Prof.ª Docente Orientadora, para obtenção de contributos científicos e metodológicos, tão essenciais à realização e implementação do projeto;

Com a Sr.ª Enfermeira Orientadora, para que o projeto seja adaptado às necessidades e recursos disponíveis no serviço. A utilidade e pertinência do mesmo serão também aspetos a discutir com a Enfermeira Orientadora. Para além disso, necessito de articular para a obtenção de contributos científicos e profissionais;

Com as Sras Enfermeiras Chefes (projeto decorre durante um período com duas chefias de enfermagem do serviço diferentes, por aposentação da primeira), pois estas devem estar a par de todas as ocorrências no serviço, pelo que há necessidade de lhes comunicar sobre o que ocorre em cada etapa do projeto, bem como obter *feedback* e autorização sobre as intervenções planeadas;

Com o Sr. Diretor de Serviço e Sr.ª Enf.ª Diretora de Enfermagem, para obtenção das autorizações necessárias à realização e implementação do projeto;

Com a Sr.ª Enf.ª responsável pelo Serviço de Gestão da Formação, como elemento intermediário para entrega dos devidos pedidos de autorização, tendo também proposto que a formação decorra no âmbito da Formação em Serviço;

Com os elementos da equipa de enfermagem, pois toda a equipa é alvo deste projeto, e o seu envolvimento é indispensável para o seu sucesso. Mais especificamente, a equipa será incentivada a dar contributos e sugestões para o projeto, a participar nas sessões de formação previstas, e a implementar o projeto através da correta utilização e respetivo registo em SClinico da EB.

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos		Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	
- Promover a uniformização de procedimentos no SCG, relativos à avaliação funcional das pessoas internadas e respetivo registo, utilizando a EB;	<p>- Revisão da literatura, sob os princípios de revisão sistemática, nomeadamente a partir de uma questão específica, utilizando fontes abrangentes, efetuando análise e avaliação da qualidade dos artigos e seleção dos mesmos, extração e síntese dos dados, com inferências baseadas em resultados de pesquisa clínica. Consulta na biblioteca da ESS-IPS, acerca da temática, e na Internet, em bases de dados científicas, partindo da questão “quais as evidências sobre avaliação funcional da pessoa através da EB em Portugal, num serviço cirúrgico?”, utilizando os termos “avaliação funcional”, “escala de Barthel”, “avaliação funcional num serviço cirúrgico”, “importância da avaliação funcional”, “auto-cuidado”, entre outros, nas suas variações de português e inglês.</p> <p>- Seleção com base nos problemas encontrados no diagnóstico de situação, dos aspetos a intervir no domínio do registo em <i>SClinico</i> acerca da avaliação funcional da pessoa através da EB, de forma a identificar os aspetos mais importantes a incluir no planeamento da formação;</p> <p>- Criação de uma proposta de procedimento para o SCG sobre aplicação e registo da EB;</p> <p>- Análise da proposta de procedimento construída com a Sr.ª Enf.ª Orientadora, Sr.ª Enf.ª Chefe do Serviço e Sr.ª Prof.ª Orientadora;</p> <p>- Construção de proposta de um instrumento de apoio à aplicação e preenchimento em <i>SClinico</i> da EB e afixação do mesmo junto aos locais de registo, após a sua autorização;</p> <p>- Construção de cartão de bolso de apoio à aplicação e registo em <i>SClinico</i> da EB e validação do mesmo com a Sr.ª Enf.ª Orientadora, Sr.ª Enf.ª Chefe do Serviço e Sr.ª Prof.ª Orientadora;</p> <p>- Entregar pessoalmente o cartão de bolso produzido a todos os elementos da equipa, utilizando <i>check list</i> pessoal para entrega.</p>	<p>- Sr.ª Prof.ª Orientadora;</p> <p>- Sr.ª Enf.ª Orientadora;</p> <p>- Sr.ª Enf.ª Chefe;</p> <p>- Sr. Diretor do Serviço;</p> <p>- Equipa de Enfermagem.</p>	<p>- Computador com acesso à Internet;</p> <p>- Computador com acesso à VPN do IPS;</p> <p>- Computador com acesso à Intranet do CHX;</p> <p>- Papel e esferográfica.</p> <p>- Computador com programa de edição de texto e edição de apresentações multimédia;</p> <p>- Impressora;</p> <p>- Papel A4;</p> <p>- Tesoura;</p> <p>- Folha de</p>	<p>- Apresentação de fundamentação teórico-conceitual no relatório de trabalho de projeto sobre avaliação funcional da pessoa através da EB em serviço cirúrgico;</p> <p>- Apresentação de proposta de procedimento para o SCG, sobre a avaliação funcional da pessoa através da EB;</p> <p>- Apresentação de uma proposta de documento orientador para aplicação e registo em <i>SClinico</i> da EB no SCG;</p> <p>- Apresentação de uma proposta de cartão de bolso de apoio à aplicação e registo em <i>SClinico</i> da EB;</p> <p>- Apresentação de planeamento da sessão de formação;</p> <p>- Realização de sessão de formação à equipa de enfermagem;</p> <p>- Entrega de cartão de bolso desenvolvido a toda a equipa de enfermagem, assegurando que todos tiveram acesso à informação;</p> <p>- Apresentação dos resultados obtidos na avaliação da formação, no relatório de estágio.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planeamento de sessões de formação relativamente à avaliação funcional das pessoas internadas no SCG;</li> <li>- Construção dos materiais de suporte para a formação da equipa;</li> <li>- Divulgação das sessões de formação através de cartaz informativo;</li> <li>- Realização de formação à Equipa de Enfermagem sobre avaliação funcional das pessoas internadas no SCG, em 6 sessões de curta duração, a realizar em horário de forma a abranger o maior número possível de profissionais;</li> <li>- Avaliação dos momentos formativos;</li> <li>- Divulgação do projeto no serviço à equipa de enfermagem nos momentos de formação planeados, assim como, momentos de passagem de turno, e em especial aos chefes de equipa, para que a informação seja transmitida a todos os elementos da equipa.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>plastificação (para cartões de bolso);</li> <li>- Equipamento de projeção;</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a otimização do registo em <i>SClinico</i>, acerca da avaliação funcional da pessoa através da EB;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construção de proposta de um instrumento de apoio à aplicação e preenchimento em <i>SClinico</i> da EB e afixação do mesmo junto aos locais de registo, após a sua autorização;</li> <li>- Construção de cartão de bolso de apoio à aplicação e registo em <i>SClinico</i> da EB e validação do mesmo com a Sr.ª Enf.ª Orientadora, Sr.ª Enf.ª Chefe do Serviço e Sr.ª Prof.ª Orientadora;</li> <li>- Planeamento de sessões de formação relativamente à avaliação funcional das pessoas internadas no SCG;</li> <li>- Construção dos materiais de suporte para a formação da equipa;</li> <li>- Divulgação das sessões de formação através de cartaz informativo;</li> <li>- Realização de formação à Equipa de Enfermagem sobre avaliação funcional das pessoas internadas no SCG, em 6 sessões de curta duração, a realizar em horário de forma a abranger o maior número possível de profissionais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sr.ª Prof.ª Orientadora;</li> <li>- Sr.ª Enf.ª Orientadora;</li> <li>- Sr.ª Enf.ª Chefe;</li> <li>- Equipa de Enfermagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador com acesso à Internet;</li> <li>- Papel e esferográfica.</li> <li>- Computador com programa de edição de texto e edição de apresentações multimédia;</li> <li>- Impressora;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação de uma proposta de documento orientador para aplicação e registo em <i>SClinico</i> da EB no SCG;</li> <li>- Apresentação de uma proposta de cartão de bolso de apoio à aplicação e registo em <i>SClinico</i> da EB;</li> <li>- Apresentação de planeamento da sessão de formação;</li> <li>- Realização de sessão de formação à equipa de enfermagem;</li> <li>- Entrega de cartão de bolso desenvolvido a toda a equipa de enfermagem, assegurando que todos tiveram acesso à informação.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação dos momentos formativos;</li> <li>- Divulgação do projeto de intervenção no serviço à equipa de enfermagem nos momentos de formação planeados, assim como, momentos de passagem de turno, para que a informação seja transmitida a todos os elementos da equipa;</li> <li>- Entregar pessoalmente o cartão de bolso produzido a todos os elementos da equipa, utilizando <i>check list</i> pessoal para entrega.</li> <li>- Disponibilização de apoio a toda a equipa de enfermagem para realização dos registos relativos à avaliação funcional da pessoa através da EB;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Papel A4;</li> <li>- Tesoura;</li> <li>- Folha de plastificação (para cartões de bolso);</li> <li>- Equipamento de projeção;</li> </ul>	
- Avaliar a implementação do projeto;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexão contínua sobre o processo de implementação do projeto;</li> <li>- Reformulação de atividades planeadas sempre que necessário, de acordo com a avaliação contínua e possíveis dificuldades que surjam no decorrer do projeto;</li> <li>- Realização de consulta aos processos de enfermagem em <i>SClínico</i>, para colheita de dados relativamente aos registos de avaliação funcional da pessoa através da EB no SCG, em 2 momentos (primeiro momento cerca de 3 semanas após realização de formação à equipa de enfermagem, e segundo momento cerca de 6 semanas), a todos os processos de enfermagem do serviço, com supervisão do elemento auditor dos registos de enfermagem no SCG (Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> orientadora), e utilizando a mesma grelha de observação que foi utilizada no diagnóstico de situação;</li> <li>- Tratamento e análise dos dados recolhidos na consulta de processos;</li> <li>- Apresentação dos resultados da consulta de processos para avaliação dos registos em <i>SClínico</i>, acerca da avaliação funcional da pessoa através da EB no SCG, no presente relatório de trabalho de projeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Orientadora;</li> <li>- Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Orientadora;</li> <li>- Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador com acesso ao <i>SClínico</i> do CHX;</li> <li>- Papel e esferográfica.</li> <li>- Computador com programa de edição de texto;</li> <li>- Computador com programa de edição de análise estatística;</li> <li>- Impressora;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação de instrumento de apoio à consulta de processos em <i>SClínico</i> para avaliação dos registos relacionados com a avaliação funcional da pessoa através da EB;</li> <li>- Aumento, dos índices obtidos (na colheita de dados em <i>SClínico</i> para avaliação da implementação do projeto), nas consultas após formação, 3 semanas e 6 semanas após a mesma, comparativamente com os índices obtidos na etapa de diagnóstico, utilizando os seguintes índices: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) (n.º de processos com registo do score da escala de barthel na avaliação inicial de enfermagem / n.º total de processos consultados) x 100;</li> <li>b) (n.º de processos de enfermagem com a intervenção "Monitorizar capacidade funcional através da EB" corretamente</li> </ul> </li> </ul>

				<p>planeada / n.º total de processos consultados) x 100;</p> <p>c) (n.º de processos de enfermagem com coerência entre os registos da escala de barthel e os focos de enfermagem diagnosticados / n.º total de processos consultados) x 100;</p> <p>- Apresentação e análise dos resultados da consulta de processos em <i>SClínico</i> para avaliação dos registos, no relatório de estágio.</p>
- Divulgar o PIS.	- Formulação de um artigo de divulgação sobre a implementação do projeto e resultados da mesma.	- Sr.ª Prof.ª Orientadora.	- Computador com programa de edição de texto.	- Apresentação de artigo de divulgação sobre a implementação do projeto e resultados da mesma, em apêndice do relatório de trabalho de projeto.

**Cronograma (Recursos temporais):** Ver Cronograma.

**Orçamento:**

Dada a atual conjuntura económica do país e consequentemente dos Serviços de Saúde Públicos, pretende-se implementar este projeto com os menores gastos e impacto financeiro possíveis, pelo que serão otimizados tanto quanto possível os recursos existentes no SCG. Prevê-se que os custos financeiros associados à implementação do projeto se prendam apenas com a impressão de material de apoio, custos inerentes ao tempo despendido pelos recursos humanos supra-mencionados, custos inerentes ao uso de computador, impressora e material de projeção. O restante material e espaços físicos encontram-se disponíveis no serviço.

Recursos Humanos: Os recursos humanos necessários à realização e implementação do projeto são os referidos na “Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção” e a Docente Orientadora, pelos respetivos contributos já mencionados;

Recursos Materiais: Os recursos materiais necessários à realização e implementação do projeto são os referidos na coluna “recursos materiais”, nomeadamente, computador com acesso à Internet, computador com acesso à *Virtual Private Network* (VPN) do IPS, computador com acesso à Intranet do CHX, papel e esferográfica, computador com programa de edição de texto, edição

de apresentações multimédia e edição de análise estatística, impressora, papel A4, tesoura e folha de plastificação. A utilização deste material está relacionada, respetivamente, com a necessidade de: realização de pesquisa bibliográfica, tanto na internet, como na intranet do CHX e em VPN do IPS; articulação com a Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> orientadora; elaboração, apresentação e impressão dos instrumentos e documentos inerentes ao projeto, bem como plastificação dos cartões de bolso. Será ainda necessário material de fixação de instrumentos de divulgação da formação.

**Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:**

Os principais constrangimentos que se prevêm, relativamente à implementação do projeto, são:

- Risco de insuficiente adesão dos elementos da equipa aos momentos de formação;
- Risco de desmotivação, por parte da equipa, para colocar em prática os instrumentos e orientações propostas;
- Risco de reduzida disponibilidade em tempo útil, por parte da equipa, para colocar em prática os instrumentos e orientações propostas;
- Projeto desenvolvido concomitantemente com semelhantes projetos de intervenção em Serviço;
  - Conjetura atual Político-Económica, que interfere na motivação e desempenho dos profissionais;
  - Mudança de chefia de enfermagem no SCG, no final do estágio I e II.

As estratégias delineadas para ultrapassar o supra-citado são:

- Envolver e incluir a equipa de enfermagem desde a etapa diagnóstica do projeto até à sua implementação, começando pela validação do problema através de entrevistas não estruturadas, passando pelo incentivo à participação na construção do projeto com contributos e sugestões;
  - Divulgar os momentos formativos através de cartaz informativo sobre a formação, afixando-o na sala de passagem de turno;
  - Incentivar, pessoal e informalmente, os elementos da equipa de enfermagem, em momentos de passagem de turno, na semana antecedente à formação, para participação na mesma;
- Otimizar e adaptar o projeto à realidade do serviço;
- Clarificar desde o início a pertinência e os objetivos do projeto;
- Planear os momentos de formação de forma pertinente, de forma a causar o menor transtorno possível aos elementos da equipa (sessão de formação curta e apelativa, a realizar no período que abranja o maior número de profissionais possível);
- Oferecer disponibilidade para apoiar nos registos em *SClínico*, relativos à avaliação funional da pessoa através da EB, esclarecendo todas as dúvidas existentes;
- Integrar a nova Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe no projeto, auscultando sugestões ou alguma alteração que considere pertinente.



## **Apêndice VII: Cronograma do Projeto**



- Cronograma do Projeto -

[illegible]





# **Apêndice VIII: Proposta de Procedimento Setorial**



	<i>Proposta de Procedimento de Avaliação da Capacidade Funcional do Doente através da Escala de Barthel no Serviço de Cirurgia Geral</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	[--/--/--]
		Próxima revisão:	[--/--/--]
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

## 1. Objectivo

Este procedimento visa estabelecer orientações para avaliação da capacidade funcional do doente, utilizando a escala de Barthel, no Serviço de Cirurgia Geral.

## 2. Campo de aplicação

Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral do CHX.

## 3. Siglas, abreviaturas e definições

AVD – Atividade de Vida Diária

CHX – Centro Hospitalar X

EB – Escala de Barthel

EPE – Entidade Pública Empresarial

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SCG – Serviço de Cirurgia Geral

UCIC – Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

**Escala de Barthel** - também conhecida por Índice de Barthel, é um instrumento que avalia o nível de dependência da pessoa na realização de dez atividades de vida diárias (AVD's): higiene pessoal, tomar banho, alimentação, toalete, subir escadas, vestuário, controlo de esfíncteres – vesical e intestinal, deambulação, utilização de cadeira de rodas e transferência cadeira/cama.

## 4. Referências

- CHKS - Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Normas para a Acreditação, 4.<sup>a</sup> Edição, Julho 2013, (critérios 30.09; 32.04; 32.17; 32.20; 32.37; 32.38; 32.39; 32.44).
- Procedimento para Registos Informatizados de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE. Revisão: 22/12/2011. CHX-EPE.
- Guia Orientador de Registos de Enfermagem Informatizados do Centro Hospitalar X.

	<i>Proposta de Procedimento de Avaliação da Capacidade Funcional do Doente através da Escala de Barthel no Serviço de Cirurgia Geral</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	[--/--/--]
		Próxima revisão:	[--/--/--]
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

## 5. Responsabilidades

Ao Enfermeiro responsável pelo Projeto de Intervenção em Serviço “Avaliação Funcional das Pessoas internadas no Serviço de Cirurgia Geral: Aplicação da Escala de Barthel”, pela criação, divulgação e monitorização deste procedimento;

Ao Diretor do Serviço de Cirurgia Geral (SCG), pela aprovação deste procedimento;

Ao Enfermeiro Chefe responsável pelo SCG, pela implementação deste procedimento;

Ao Enfermeiro responsável pela pessoa/cliente do SCG, pelo cumprimento do procedimento.

## 6. Procedimento

Os cuidados de enfermagem devem ser personalizados de forma a corresponderem às necessidades individuais do doente, no sentido de ultrapassar as limitações funcionais que vivenciam face às suas particularidades. Assim, é importante realizar uma avaliação da capacidade funcional do doente e respetiva evolução, usando escalas validadas, conferindo objetividade a essa avaliação.

Neste sentido, utiliza-se para avaliação da capacidade funcional do doente, no CHX e SCG, a escala modificada de barthel.

A avaliação da capacidade funcional do doente e aplicação da escala de barthel deve ser realizada pelo enfermeiro responsável pelo doente.

### 6.1 Momentos de Avaliação da Capacidade Funcional

A Avaliação da Capacidade Funcional do doente, utilizando a escala de Barthel (EB), deve ser realizada:

- No momento de Admissão do doente;
- De 3 em 3 dias;
- Após Cirurgia;
- Após transferência entre Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC)/enfermaria;
- Na alta hospitalar.

	<i>Proposta de Procedimento de Avaliação da Capacidade Funcional do Doente através da Escala de Barthel no Serviço de Cirurgia Geral</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	[--/--/--]
		Próxima revisão:	[--/--/--]
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

## 6.2 Aplicação da Escala de Barthel Modificada

### Indicações Gerais:

- A escala deve ser utilizada como um registo do que o doente faz efetivamente e não como um registo do que o doente poderia fazer;
- O principal objetivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja;
- A necessidade de supervisão implica a classificação de não independente - requer ajuda mínima;
- As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prestação;
- A fonte da avaliação deverá ser observação direta, o inquérito ao doente, família/amigos e enfermeiros/assistentes operacionais, e o senso comum. A comprovação direta não é necessária;
- É importante a performance das últimas 24h-48h, mas ocasionalmente períodos mais longos são apropriados;
- Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de “0” – incapaz de realizar a tarefa - em todos os itens;
- Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

### Indicações Específicas:

- Higiene pessoal inclui lavar as mãos, a face, limpar os dentes, barbear e pentear;

Higiene Pessoal	
Incapaz de realizar a tarefa	É incapaz de realizar a higiene pessoal sendo dependente em todos os aspetos
Requer ajuda substancial	Necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal
Requer moderada ajuda	Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal
Requer mínima ajuda	É capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa
Totalmente independente	Pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se

- Banho

Banho	
Incapaz de realizar a tarefa	Totalmente dependente para tomar banho
Requer ajuda substancial	Requer assistência em todos os aspetos do banho
Requer moderada ajuda	Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a inabilidade em completar a tarefa pela condição ou doença
Requer mínima ajuda	Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência
Totalmente independente	Deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente

	<i>Proposta de Procedimento de Avaliação da Capacidade Funcional do Doente através da Escala de Barthel no Serviço de Cirurgia Geral</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	[--/--/--]
		Próxima revisão:	[--/--/--]
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

- Alimentação

Alimentação	
Incapaz de realizar a tarefa	Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado
Requer ajuda substancial	Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição
Requer moderada ajuda	Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa
Requer mínima ajuda	Independência para se alimentar de um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa
Totalmente independente	Pode alimentar-se de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc

- Toalete: inclui uso das instalações sanitárias e equipamentos adaptativos (urinol, arrastadeira e penico), bem como as ações necessárias para a referida utilização (despir/vestir, transferir-se, utilização de papel higiênico, lavagem das mãos)

Toalete	
Incapaz de realizar a tarefa	Totalmente dependente no uso das instalações sanitárias
Requer ajuda substancial	Necessita de assistência no uso das instalações sanitárias
Requer moderada ajuda	Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para a sanita ou para lavar as mãos
Requer mínima ajuda	Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso da sanita. Um urinol, arrastadeira ou penico pode ser usado, mas será necessária assistência para o seu esvaziamento ou limpeza
Totalmente independente	É capaz de se dirigir e sair da sanita, vestir-se, despir-se, cuida-se para não se sujar e utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, pode utilizar urinol, arrastadeira ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar

- Subir escadas

Subir Escadas	
Incapaz de realizar a tarefa	É incapaz de subir escadas
Requer ajuda substancial	Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares
Requer moderada ajuda	É capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência
Requer mínima ajuda	Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança
Totalmente independente	É capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos

- Vestuário

Vestuário	
Incapaz de realizar a tarefa	É dependente em todos os aspectos do vestir, incapaz de participar das atividades
Requer ajuda substancial	É capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário
Requer moderada ajuda	Necessita de assistência para se vestir ou despir
Requer mínima ajuda	Necessita de assistência para abotoar, fechar o fecho, apertar sapatos, etc.
Totalmente independente	É capaz de vestir-se, despir-se, apertar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou ortótese

	<i>Proposta de Procedimento de Avaliação da Capacidade Funcional do Doente através da Escala de Barthel no Serviço de Cirurgia Geral</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	[--/--/--]
		Próxima revisão:	[--/--/--]
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

- Controlo esfinteriano (bexiga)

Controlo esfinteriano (bexiga)	
Incapaz de realizar a tarefa	Apresenta incontinência urinária ou utiliza cateterismo
Requer ajuda substancial	Necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento
Requer moderada ajuda	Pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem frequentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados
Requer mínima ajuda	Geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento
Totalmente independente	Tem controlo urinário, sem acidentes.

- Controlo esfinteriano (intestino)

Controlo esfinteriano (intestino)	
Incapaz de realizar a tarefa	Não tem controlo de esfíncteres ou utiliza sonda de enteroclise
Requer ajuda substancial	Tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de equipamentos adaptativos
Requer moderada ajuda	Fica geralmente seco durante o dia, mas necessita de fralda ou equipamentos adaptativos durante a noite
Requer mínima ajuda	Pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais
Totalmente independente	Tem controlo de esfíncteres durante o dia e a noite. Pode usar supositório quando necessário

- Deambulação – Não se pontua caso o doente utilize ou deambule em cadeira de rodas

Deambulação	
Incapaz de realizar a tarefa	Totalmente dependente para deambular
Requer ajuda substancial	Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação
Requer moderada ajuda	Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares
Requer mínima ajuda	É independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas
Totalmente independente	É capaz de assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão

- Cadeira de Rodas – Não se pontua se o doente deambula

Cadeira de Rodas	
Incapaz de realizar a tarefa	Dependente para conduzir a cadeira de rodas
Requer ajuda substancial	Consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos
Requer moderada ajuda	Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se
Requer mínima ajuda	Consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados
Totalmente independente	Independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências)

	<i>Proposta de Procedimento de Avaliação da Capacidade Funcional do Doente através da Escala de Barthel no Serviço de Cirurgia Geral</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	[--/--/--]
		Próxima revisão:	[--/--/--]
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

- Transferência Cadeira/Cama

Transferência Cadeira/Cama	
Incapaz de realizar a tarefa	Incapaz de participar na transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o doente com ou sem auxílio mecânico
Requer ajuda substancial	Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência
Requer moderada ajuda	Requer assistência de outra pessoa para transferir-se
Requer mínima ajuda	Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança
Totalmente independente	Pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, travar a cadeira, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência

### 6.3 Pontuação da Escala de Barthel modificada

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

### 6.4 Interpretação de Resultados da Escala de Barthel modificada

<b>Interpretação do Resultado</b>	<b>75 a 51 pontos - dependência moderada</b>
<b>100 pontos – totalmente independente</b>	<b>50 a 26 pontos – dependência severa</b>
<b>99 a 76 pontos – dependência leve</b>	<b>25 e menos pontos – dependência total</b>



	<i>Proposta de Procedimento de Avaliação da Capacidade Funcional do Doente através da Escala de Barthel no Serviço de Cirurgia Geral</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	[--/--/--]
		Próxima revisão:	[--/--/--]
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

## 6.5 Registo da Escala de Barthel no Processo do doente

O registo da EB deve ser efetuado em SClínico, no processo do doente, de acordo com a periodicidade já referida.

A intervenção que permite efetuar o registo da EB é “Avaliar a Capacidade Funcional através da Escala de Barthel”.

A intervenção encontra-se associada aos Indicadores de Enfermagem, pelo que deve ser avaliada no momento de admissão (Agora) e posteriormente de 3/3 dias (preferencialmente no turno da Manhã – ex: 14h) e sempre que ocorram transferências do doente entre Unidades e/ou alteração do estado do doente, bem como após cirurgia (executar intervenção como SOS).

O score obtido na EB no momento de admissão do doente, deve constar da Avaliação Inicial do mesmo.

O status dos Auto-Cuidados (Higiene, Uso do Sanitário, Vestuário, Alimentar-se, Transferir-se, etc.) deve coincidir com os registos da EB, de acordo com o grau de dependência do doente. Estes devem ser alvo de atualização sempre que ocorrerem alterações na capacidade funcional do doente.

O nível de dependência do doente é um importante indicador para a prestação de cuidados, uma vez que permite planear os mesmos de uma forma objetiva, no que respeita aos auto-cuidados.

O score obtido na EB à data da alta hospitalar, deve constar da Carta de Alta de Enfermagem, com a respetiva classificação.

## 7. Anexos

[Escala de Barthel Modificada

<b>Elaboração</b> [Enf. <sup>a</sup> Vera Grazina Enf. <sup>a</sup> MC]	<b>Revisão</b> [Enfermeiro Chefe ]	<b>Ratificação</b> [Director do Serviço ]  <b>Data:</b>
---	---------------------------------------	--



## **Apêndice IX: Cartão de Bolso de apoio aos registros de enfermagem**



Deambulação	
Incapaz de realizar a tarefa	Totalmente dependente para deambular
Requer ajuda substancial	Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação
Requer moderada ajuda	Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares
Requer mínima ajuda	É independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas
Totalmente independente	É capaz de assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão
Cadeira de Rodas	
Incapaz de realizar a tarefa	Dependente para conduzir a cadeira de rodas
Requer ajuda substancial	Consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos
Requer moderada ajuda	Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se
Requer mínima ajuda	Consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados
Totalmente independente	Independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências)
Transferência Cadeira/Cama	
Incapaz de realizar a tarefa	Incapaz de participar na transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o doente com ou sem auxílio mecânico
Requer ajuda substancial	Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência
Requer moderada ajuda	Requer assistência de outra pessoa para transferir-se
Requer mínima ajuda	Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança
Totalmente independente	Pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, travar a cadeira, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para a cadeira com segurança. Independente em todas as fases da transferência

**Bibliografia:** CHX - Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Normas para a Acreditação. 4.ª Edição, Julho 2013, (artigos 30.09, 32.04, 32.17, 32.26, 32.37, 32.38, 32.39, 32.40). Escala de Barthel Modificada. Guia Orientador de Registo de Enfermagem Informatizado do Centro Hospitalar X. Normas 07/2014, 2011 de 21/12/11 de 005. Procedimento para Registo Informatizado de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SARE. Revisão: 22/12/2011. CDS-APRE. Programa de Procedimento para Registo Informatizado de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SARE. Publicado a 01/10/2014 no Intranet do CHX-APRE. Shah, S., Vancay, F., & Cooper, B. (1999). Improving the sensitivity of the Barthel index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42, 103 - 105

Elaborado por Inf. Vera Gracia, estudante do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob orientação da Inf. Especialista Prof. Mariana Pereira

CHX

Serviço de Cirurgia Geral

## ESCALA DE BARTHEL

Intervenção: "Monitorizar Capacidade Funcional através da Escala de Barthel"



### Notas de preenchimento:

- Registrar o que o doente faz efetivamente e não o que poderia fazer;
- O registo deve contemplar a melhor prestação das últimas 24 – 48h;
- Fontes de avaliação: observação direta, inquérito ao doente/enfermeiros/ assistentes operacionais;
- Doentes inconscientes deverão ser classificados como "incapaz de realizar a tarefa" em todos os itens.

### Escala Modificada de Barthel – utilizada no SClinico

Higiene Pessoal (lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear)	
Incapaz de realizar a tarefa	Dependente em todos os aspectos
Requer ajuda substancial	Necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal
Requer moderada ajuda	Necessita de alguma assistência em um ou mais passos da higiene
Requer mínima ajuda	É capaz de realizar a higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois
Totalmente independente	Pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear.
Banho	
Incapaz de realizar a tarefa	Totalmente dependente para tomar banho
Requer ajuda substancial	Requer assistência em todos os aspectos do banho
Requer moderada ajuda	Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a inabilidade em completar a tarefa pela condição ou doença
Requer mínima ajuda	Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência
Totalmente independente	Realiza todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente
Alimentação	
Incapaz de realizar a tarefa	Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado
Requer ajuda substancial	Pode manipular os utensílios para comer, geralmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição
Requer moderada ajuda	Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa
Requer mínima ajuda	Independente para se alimentar de um prato previamente montado, sendo assistência necessária para cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa
Totalmente independente	Pode alimentar-se quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc
Toilete	
Incapaz de realizar a tarefa	Totalmente dependente no uso das instalações sanitárias
Requer ajuda substancial	Necessita de assistência no uso das instalações sanitárias
Requer moderada ajuda	Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para a sanita ou para lavar as mãos
Requer mínima ajuda	Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso da sanita. Um urinol, arrastadeira ou penico pode ser usado, mas será necessária assistência para o seu esvaziamento ou limpeza
Totalmente independente	É capaz de se dirigir e sair da sanita, vestir-se ou despir-se, cuidar-se para não se sujar e pode utilizar papel higiénico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, pode utilizar urinol, arrastadeira ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar

Subir Escadas	
Incapaz de realizar a tarefa	É incapaz de subir escadas
Requer ajuda substancial	Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares
Requer moderada ajuda	Consegue subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência
Requer mínima ajuda	Não necessita de assistência, requer supervisão por segurança
Totalmente independente	É capaz de subir e descer, com segurança, sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos
Vestuário	
Incapaz de realizar a tarefa	Dependente em todos os aspectos do vestir, não participa.
Requer ajuda substancial	É capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário
Requer moderada ajuda	Necessita de assistência para se vestir ou despir
Requer mínima ajuda	Necessita de assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o fecho, apertar sapatos, etc.
Totalmente independente	É capaz de vestir-se, despir-se, apertar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou ortótese
Controlo esfinteriano (bexiga)	
Incapaz de realizar a tarefa	Apresenta incontinência urinária ou utiliza cateterismo
Requer ajuda substancial	Necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento
Requer moderada ajuda	Pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem frequentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados
Requer mínima ajuda	Geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento
Totalmente independente	Tem controlo urinário, sem acidentes.
Controlo esfinteriano (intestino)	
Incapaz de realizar a tarefa	Não tem controlo de esfínteres ou utiliza sonda de enteroclise
Requer ajuda substancial	Tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de equipamentos adaptativos
Requer moderada ajuda	Fica geralmente seco durante o dia, mas necessita de fralda ou equipamentos adaptativos durante a noite
Requer mínima ajuda	Pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais
Totalmente independente	Tem controlo de esfínteres durante o dia e a noite. Pode usar supositório quando necessário



## **Apêndice X: Plano de Sessão de Formação**





## **Plano de Sessão de Formação**

<b>Tema da sessão</b>	Avaliação da Capacidade Funcional das Pessoas Internadas no Serviço de Cirurgia Geral: aplicação da Escala de Barthel
<b>População alvo</b>	Enfermeiros
<b>Formador</b>	Vera Grazina

<b>Objetivos gerais</b>	- Dotar os formandos de conhecimentos sobre avaliação da capacidade funcional do doente e respetivo registo, utilizando a escala modificada de barthel.
<b>Objetivos específicos</b>	- Apresentar brevemente o projeto de estágio na origem da presente formação; - Apresentar a escala modificada de barthel: aplicação e registo em SClinico; - Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da avaliação funcional da pessoa em processo de internamento, e respetivo registo; - Promover a uniformização de procedimentos relativamente à temática apresentada.
<b>Resultados Esperados</b>	No final da sessão é esperado que os formandos sejam capazes de: - Aplicar corretamente a escala de barthel modificada, em grupo, a um doente cirúrgico, cujos dados necessários para preenchimento da mesma serão apresentados (história fictícia); - Efetuar um teste, individual, e com um critério de êxito de, no mínimo, 75%.

<b>Pré-requisitos</b>	Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral do CHX
<b>Duração</b>	45 Minutos
<b>Datas</b>	27 Outubro; 30 Outubro; 3 Novembro
<b>Local</b>	Sala de Sessões do Serviço de Cirurgia Geral

Etapas	Atividades didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Avaliação	Tempo (min)
Introdução	- Apresentação do formador e do tema	- Expositivo	- Computador Portátil  - Vídeo projetor/ Power Point	---   - Inicial (diagnóstico)	5
	- Enquadramento da Sessão				
	- Comunicação dos objetivos gerais e específicos.				
	- Verificação dos pré-adquiridos.	- Interrogativo			
Desenvolvimento	<b>- Conteúdos programáticos:</b> a) Contextualização da Sessão de Formação (apresentação do projeto de estágio) b) Importância da Avaliação da Capacidade Funcional do doente c) Escala de Barthel Modificada d) Momentos de avaliação da capacidade funcional no Serviço de Cirurgia Geral e) Aplicação da Escala – Princípios e Significados f) Registo da Escala de Barthel modificada em SCLínico	- Expositivo - Interrogativo	- Computador Portátil  - Vídeo projetor/ Power Point  - Fotocópias	---	30
	<b>- Atividade de Grupo:</b> Estudo de caso – “Aplicação da Escala de Barthel”	- Ativo /Interativo - Demonstrativo - Interrogativo		- Formativa	
	<b>- Síntese</b>	- Expositivo		---	
	Conclusão	- Verificação dos resultados da aprendizagem, através de um teste de quatro questões de verdadeiro/ falso.	- Expositivo	- Fotocópias - Canetas	
- Comunicação dos resultados da aprendizagem, correção e entrega da corrigenda.		- Expositivo - Interrogativo	- Computador Portátil - Vídeo projetor/ Power Point - Fotocópias - Canetas	---	
- Fecho da sessão/ Conclusão		- Expositivo	---	---	

## **Apêndice XI: Cronograma das sessões de formação**



# Formação Em Serviço



## Cirurgia Geral

	27 Out <sup>A</sup>	30 Out <sup>B</sup>	3 Nov <sup>C</sup>
<b>Avaliação da Capacidade Funcional das Pessoas Internadas no SCG: Aplicação da Escala de Barthel</b>  Vera Grazina <sup>1</sup>	9h 13h	10h 14h	11h 15h
<b>Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto</b>  [Redacted] <sup>1</sup>	10h 14h	11h 15h	09h 13h
<b>Prevenção de Úlceras por Pressão – avaliação do risco</b>  [Redacted] <sup>1</sup>	11h 15h	9h 13h	10h 14h

**Duração de cada sessão:** 45min

**Locais:** A – Sala da CCI;  
B – Sala de Sessões do Serviço de Cirurgia Geral;  
C – Sala de Sessões do Serviço de Cirurgia Geral.

**Nota:** Nos dias das sessões, os Enfermeiros não escalados para o Serviço deverão efetuar o registo biométrico – tempo contabilizado em banco de horas.

<sup>1</sup>Estudantes do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal

Enfermeira Orientadora: MC; Docente Orientadora: Mariana Pereira; Enfermeira Chefe: HM



## **Apêndice XII: Avaliação formativa da formação – atividade de grupo**





## Atividade de Grupo: Estudo de Caso – Aplicação da Escala de Barthel

**História:** Doente de 58 anos, submetido a amputação pelo 1/3 médio da coxa esqu<sup>a</sup>, por pé diabético. Tem AP's de saúde de DM tipo II e HTA. Independente nas AVD's até à data da cirurgia. Encontra-se no 2º dia de pós-operatório e acaba se ser transferido da UCIC (onde estava por hipotensão no intra-operatório, mas que reverteu e desde aí sempre hemodinamicamente estável) para a enfermaria. Sem intercorrências no pós-operatório.

Hoje, durante a higiene, mostrou-se capaz de realizar a mesma de forma autónoma, no leito, após terem sido colocados ao seu alcance a bacia com água e esponjas. Vestiu-se autónomamente.

Foi feita transferência para a cadeira de rodas, com ajuda da enfermeira, que iniciou ensino de transferência. Permaneceu na cadeira de rodas durante a manhã, na qual deambulou até ao WC para desfazer a barba, pentear-se e fazer higiene oral.

Deambulou na cadeira pelo corredor do serviço e mostrou segurança e destreza na condução da mesma. Alimentou-se, após lhe ter sido colocado o tabuleiro na mesa.

Encontra-se algaliado. Evacuou no WC, necessitando de ajuda para se transferir.

No final do turno regressou ao leito, com ajuda da enfermeira na transferência.

**Atividade:** Aplicar, em grupos de 3/4 elementos, a escala de Barthel:

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - dependência moderada
100 pontos – totalmente independente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total



## **Apêndice XIII: Avaliação sumativa da sessão de formação**



# Ficha de Avaliação

<b>Tema da Sessão:</b>	Avaliação da Capacidade Funcional das Pessoas Internadas no Serviço de Cirurgia Geral: aplicação da Escala de Barthel
<b>Data:</b>	__/__/__
<b>Duração:</b>	5 Minutos
<b>Formadora:</b>	Vera Grazina
<b>Formando(a):</b>	

A seguinte ficha de avaliação é constituída por 4 questões de Verdadeiro/Falso, sendo que cada uma equivale a 25%. Pretende-se uma taxa de sucesso de 75% (não errar mais de 1 questão).

- Assinale com um V de verdadeiro ou F de falso cada uma das afirmações:

1. A Escala Modificada de Barthel avalia o Risco de Queda. ☐
2. A Avaliação da Capacidade Funcional através da Escala de Barthel é um indicador de qualidade do CHX-EPE. ☐
3. Não tem qualquer interesse ou benefício registar a classificação do grau de dependência dos doentes na nota de alta de enfermagem. ☐
4. O A avaliação da capacidade funcional dos doentes permite uma melhor gestão dos cuidados de enfermagem. ☐

Bom Trabalho!

# Corrigenda

<b>Tema da Sessão:</b>	Avaliação da Capacidade Funcional das Pessoas Internadas no Serviço de Cirurgia Geral: aplicação da Escala de Barthel
<b>Data:</b>	__/__/__
<b>Duração:</b>	5 Minutos
<b>Formadora:</b>	Vera Grazina
<b>Formando(a):</b>	

A seguinte ficha de avaliação é constituída por 4 questões de Verdadeiro/Falso, sendo que cada uma equivale a 25%. Pretende-se uma taxa de sucesso de 75% (não errar mais de 1 questão).

- Assinale com um V de verdadeiro ou F de falso cada uma das afirmações:

1. A Escala Modificada de Barthel avalia o Risco de Queda. ☐
2. A Avaliação da Capacidade Funcional através da Escala de Barthel é um indicador de qualidade do CHX-EPE. ☐
3. Não tem qualquer interesse ou benefício registar a classificação do grau de dependência dos doentes na nota de alta de enfermagem. ☐
4. O A avaliação da capacidade funcional dos doentes permite uma melhor gestão dos cuidados de enfermagem. ☐

Nº DE RESPOSTAS CORRECTAS	PONTUAÇÃO
1	25%
2	50%
3	75%
4	100%

## **Apêndice XIV: Documento Auxiliar dos registos de enfermagem**





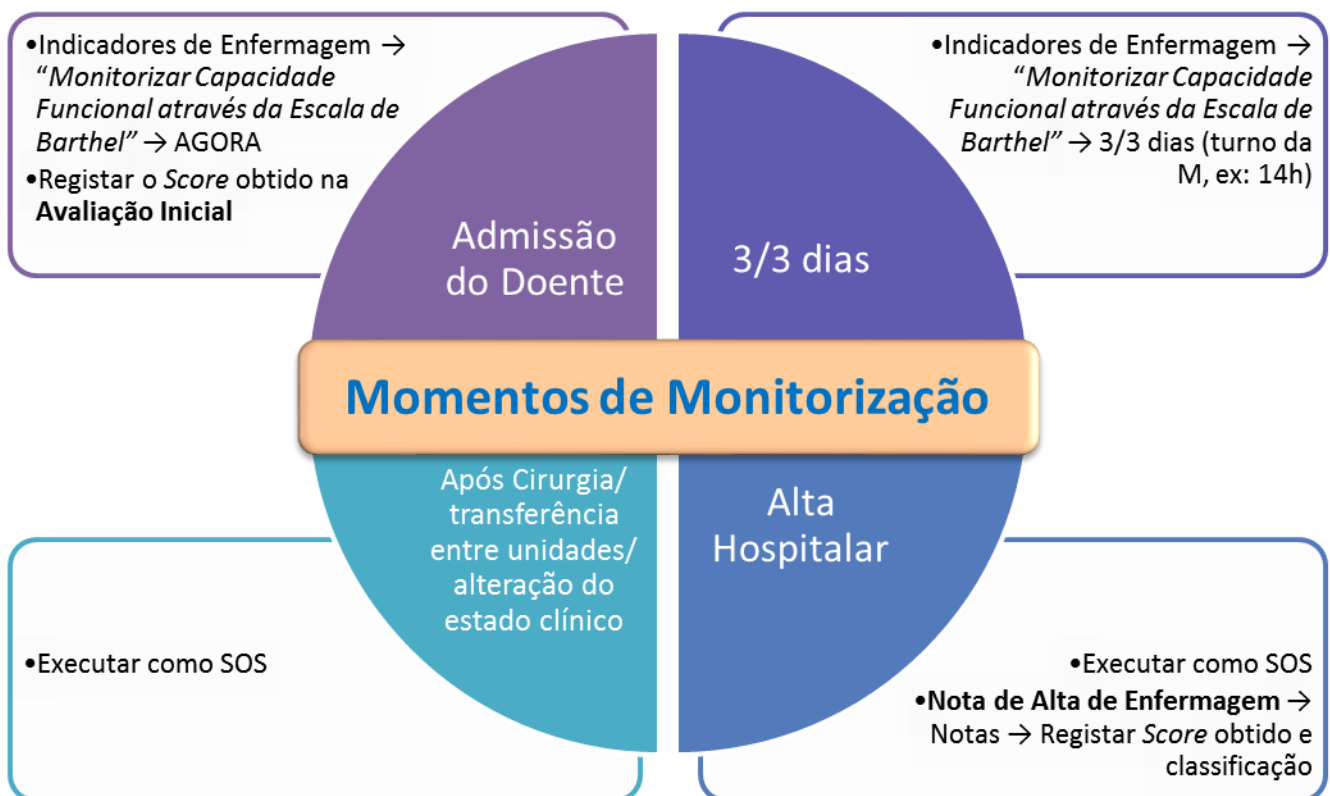
## Documento de Apoio aos Registos em SClínico

# ESCALA DE BARTHEL

Intervenção: “Monitorizar Capacidade Funcional através da Escala de Barthel”



Indicador de Enfermagem



### Notas de preenchimento:

- Registrar o que o doente faz efetivamente e não o que poderia fazer;
- A necessidade de supervisão implica a classificação de não independente – requer ajuda mínima;
- O registo deve contemplar a melhor prestação das últimas 24 – 48h;
- Fontes de avaliação: observação direta, inquérito ao doente/enfermeiros/assistentes operacionais;
- Doentes inconscientes deverão ser classificados como “incapaz de realizar a tarefa” em todos os itens.

**Bibliografia:** CHKS - Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Normas para a Acreditação, 4.ª Edição, Julho 2013, (critérios 30.09; 32.04; 32.17; 32.20; 32.37; 32.38; 32.39; 32.44); Escala de Barthel Modificada; Guia Orientador de Registos de Enfermagem Informatizados do Centro Hospitalar X; Norma nº054/ 2011 de 27/12/11 da DGS Procedimento para Registos Informatizados de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE. Revisão: 22/12/2011. CHX-EPE; Proposta de Procedimento para Registos Informatizados de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE. Publicado a 07/10/2014 na intranet do CHX-EPE; Shah, S., Vanday, F., & Cooper, B. (1989a). *Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation*. Journal of Clinical Epidemiology, 42, 703 - 709



## **Apêndice XV: Artigo de Divulgação do Projeto**



# A Escala de Barthel na Avaliação Funcional da pessoa em serviço cirúrgico – Um projeto de intervenção

Vera Grazina<sup>1</sup>, Mariana Pereira<sup>2</sup>

**RESUMO:** No âmbito do Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica, ao longo dos estágios realizados num serviço de cirurgia geral, desenvolvemos um projeto de intervenção em serviço, através da metodologia de projeto, sobre a avaliação funcional da pessoa, através da escala de Barthel. Orientado pela Teoria do Déficit do Auto-Cuidado de Orem, com enfoque na importância de direcionar os cuidados prestados às necessidades de cada pessoa, partindo de uma avaliação funcional dotada de objetividade através do uso de escalas validadas, como a escala de Barthel, procedemos a um diagnóstico de situação, onde identificámos como problema a inexistência de uniformização de procedimentos relativamente à avaliação funcional das pessoas internadas e respetivo registo. Seguiram-se as etapas de planeamento do projeto, a sua execução e avaliação. Os principais resultados obtidos vão de encontro ao objetivo formulado, ou seja, houve uma melhoria significativa e otimização das práticas de avaliação funcional da pessoa e respetivos registos de enfermagem. Este projeto foi formulado sob a premissa de que uma eficaz gestão dos cuidados está numa das bases da qualidade dos mesmos, e foram adotadas como estratégias formação à equipa de enfermagem e criação de documentos normativos e orientadores desta prática. Sendo o projeto de intervenção impulsionador do desenvolvimento de competências especializadas, serve o presente artigo para apresentar à comunidade o trabalho realizado neste âmbito e suas conclusões.

**Palavras-chave:** Avaliação funcional da pessoa; Escala de Barthel; Metodologia de projeto.

**ABSTRACT:** Within the context of Medical Surgical Nursing Master's Degree, and throughout the internships in a general surgery service, we developed an intervention project in service, through the project methodology, about functional evaluation, using the Barthel index. Guided by Orem's Self-Care Deficit Theory, focusing on the importance of care directed to the needs of each person based on a functional evaluation, endowed with objectivity through the use of validated scales such as the Barthel index, we proceeded to a situation diagnostic, in which we have identified the need to standardize procedures for the functional evaluation of people admitted to the service and respective nursing records, as a problem. Then, the project planning phase, execution phase, monitoring and control, were leaded. The main results go towards the objective, which means that was a significant improvement and optimization of person's functional evaluation procedures and respective nursing records. This project was formulated under the premise that effective care management is one of the bases of its quality, and the strategies adopted were nurses' training and creation of normative and guideline documents. As the project is a booster to the expertise development, serves this article to present the done work and its conclusions to the community.

**Keywords:** Person's functional evaluation; Barthel index; Project methodology.

<sup>1</sup>Enfermeira no Centro Hospitalar X; Mestranda do curso de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal;

<sup>2</sup>Professora Doutora na Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.

## INTRODUÇÃO:

O processo de cuidar recorre a métodos e instrumentos, permitindo por um lado a uniformização do cuidar pelos diferentes profissionais, e simultaneamente uma diferenciação relativamente a cada pessoa a quem se prestam cuidados<sup>1</sup>.

Este pressuposto é seguido pelo enfermeiro quando orienta a sua prática pelo referencial teórico de Dorothea Orem, que integra e relaciona as teorias do auto-cuidado, do défice de auto-cuidados e dos sistemas de enfermagem<sup>2</sup>, fornecendo um quadro de referência essencial na intervenção com vista à promoção do auto-cuidado.

Quando a pessoa é hospitalizada, especificamente num serviço cirúrgico, que poderá ser ou não para realização de intervenção cirúrgica, vive um momento de desequilíbrio no seu quotidiano e, frequentemente, vê as suas capacidades de desempenho alterados, por consequência da doença ou da incapacidade decorrente da recuperação cirúrgica. Deste modo, o auto-cuidado fica comprometido.

Assim, é através do planeamento dos sistemas de cuidados de enfermagem que o enfermeiro dá resposta às necessidades da pessoa. Para isso é fundamental uma correta e frequente avaliação do seu nível funcional, permitindo cuidados adequados e continuados por toda a equipa, sendo os registos de enfermagem fulcrais.

A abordagem no auto-cuidado é assim uma vertente significativa das intervenções de enfermagem. Importa explicitar algumas definições de auto-cuidado, sendo que o Conselho Internacional de Enfermeiros<sup>3</sup> definiu que *“auto-cuidado é uma atividade executada pelo próprio, com as*

*características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias”*. De acordo com Orem<sup>4</sup>, é a prática de atividades, iniciadas e executadas pelas pessoas, em seu benefício, para a manutenção da vida, da saúde e bem-estar. Assim, segundo a teórica, é função do enfermeiro, assegurar que as necessidades da pessoa a nível das suas atividades de vida diárias sejam satisfeitas, quer seja através de ajuda total, ajuda parcial, ensino, treino ou apoio<sup>2</sup>.

A recuperação funcional da pessoa após cirurgia ou período de internamento revela-se um indicador importante, pois permite avaliar se a pessoa está apta para retomar o seu contexto domiciliário ou se necessita de ajuda de familiares, cuidados domiciliários ou institucionalização.

Os cuidados de enfermagem devem então ser personalizados, correspondendo às necessidades individuais de cada pessoa. Assim, é importante a avaliação da sua evolução funcional, usando escalas validadas, pois só assim se confere objetividade a essa avaliação.

A Escala de Barthel (EB) é um instrumento, dos mais utilizados<sup>5</sup> e que apresenta resultados de confiabilidade e viabilidade mais consistentes<sup>6</sup>, que avalia o nível de dependência da pessoa na realização de dez atividades de vida diárias (AVD's): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres – vesical e intestinal, deambular, transferência da cadeira para a cama, e subir e descer escadas<sup>7</sup>, tendo como vantagens uma fácil aplicação e interpretação, baixo

custo de aplicação, poder ser repetido periodicamente (permitindo monitorizações longitudinais), consumir pouco tempo no seu preenchimento, sendo utilizada não só na prática clínica como também na investigação<sup>8</sup>.

No serviço cirúrgico onde se implementou o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), a escala que se encontra parametrizada no atual sistema informático de apoio à prática de enfermagem (*Sclinico*), é a escala modificada de Barthel (a utilização alargada da EB tem permitindo desenvolver algumas versões modificadas que se distinguem da original por aumentarem ou diminuírem as atividades avaliadas ou ainda por alterarem o sistema de pontuação<sup>8</sup>).

Avaliar os diferentes níveis de dependência da pessoa internada torna-se assim um objetivo fundamental para a planificação adequada dos cuidados de saúde. Também na gestão e organização dos cuidados especializados é imprescindível que haja rigor no seu planeamento, precedido obrigatoriamente de uma boa avaliação. A correta utilização da EB na *praxis* e a procura de adequação do planeamento de cuidados no que respeita ao auto-cuidado, encontrando-se esta prática norteadas por diretrizes de procedimento, traduz-se numa metodologia de organização dos cuidados de enfermagem, promovendo assim a sua qualidade, sempre com vista à satisfação da pessoa, e por acréscimo a satisfação dos enfermeiros face à qualidade do seu exercício profissional.

## **METODOLOGIA:**

Uma das motivações pessoais, enquanto área de atuação, é a eficaz gestão de cuidados como medida promotora da qualidade dos mesmos. Foi esta motivação que nos conduziu, através da metodologia de projeto, à implementação de um PIS com o tema “Avaliação funcional das pessoas internadas no serviço de Cirurgia Geral (SCG): aplicação da EB”.

Sendo a metodologia de projeto constituída por 5 etapas<sup>9</sup>, passamos a apresentar o diagnóstico de situação, seguido das etapas de planeamento, execução, avaliação e divulgação.

De acordo com BOUTINET<sup>10, p.193</sup>, *o projecto emerge sempre de uma análise suficientemente cerrada da situação, análise que deve ter por função principal, para lá de um reconhecimento do terreno, identificar as oportunidades existentes*”.

Na etapa de **diagnóstico de situação** pressupõe-se a identificação do problema, utilizando instrumentos de colheita e análise de informação, selecionados de acordo com o contexto<sup>9</sup>. Esta etapa foi, de certa forma, facilitada pelo conhecimento prévio do funcionamento do SCG, que nos permitiu a consciencialização da incerteza quanto aos procedimentos de avaliação funcional da pessoa e seu registo. Pesquisou-se a nível institucional sobre diretrizes de procedimento ou normas, percebendo-se a sua ausência, e encontrando-se aí uma “zona cinzenta” quanto à forma preconizada de atuação, não só a nível da utilização da escala modificada de Barthel, como nas especificidades do seu registo. Procedeu-se então a uma observação sumária dos registos de enfermagem, relacionados com a avaliação

funcional, percebendo-se uma evidente disparidade nestes registos. A definição do problema foi feita através do método dedutivo: partimos do abstrato – a nossa incerteza quanto à forma de proceder, para dados específicos e singulares<sup>9</sup>.

O problema geral identificado foi então a inexistência de uniformização de procedimentos quanto à avaliação funcional das pessoas internadas e respetivo registo. Para aprofundar o problema, utilizámos como instrumentos de diagnóstico, de forma a identificar e validar os problemas aos quais pretendíamos dar resposta, entrevistas não estruturadas com elementos da equipa de enfermagem, sobre utilização da referida escala, e consulta aos processos de enfermagem das pessoas internados, para a qual se criou uma grelha de verificação, e após o que concluímos:

- Apenas 5% dos processos, tinha registado na avaliação inicial de enfermagem o *score* da EB (Gráfico 1- **Percentagem de processos com o *score* da escala de Barthel registado na avaliação inicial de enfermagem na etapa diagnóstica do PIS**), apesar de ser um parâmetro de avaliação nas auditorias clínicas;

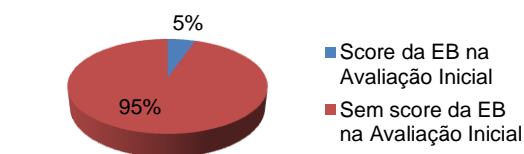


Gráfico 1- Percentagem de processos com o *score* da escala de Barthel registado na avaliação inicial de enfermagem na etapa diagnóstica do PIS

- Encontraram-se 34% de processos com a intervenção planeada (Gráfico 2), dos quais apenas 42% se encontravam com o último registo corretamente preenchido

(Gráfico 3) e 37% apresentavam coerência com os focos de enfermagem diagnosticados (Gráfico 4).

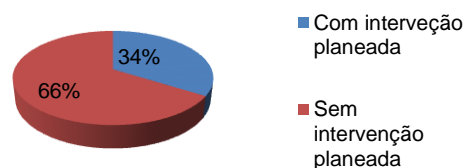


Gráfico 2 - Percentagem de processos com a intervenção "monitorizar a capacidade funcional através da EB" planeada, na etapa diagnóstica do PIS

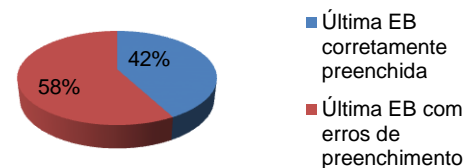


Gráfico 3 - Percentagem de processos com o último registo da EB corretamente preenchido, na etapa diagnóstica do PIS

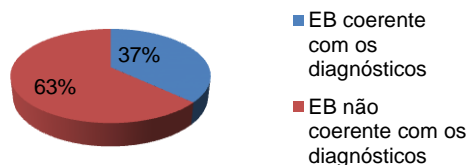


Gráfico 4 - Percentagem de processos com coerência entre o último registo da EB e os diagnósticos de enfermagem, na etapa diagnóstica do PIS

- Os principais erros identificados no preenchimento da escala encontram-se representados no Gráfico 5.

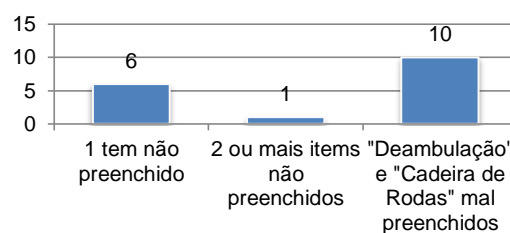


Gráfico 5 - Erros identificados no preenchimento do último registo da escala, na etapa diagnóstica do PIS



- Encontrou-se apenas um processo com a EB bem registada e coerente com os focos de enfermagem diagnosticados.
- Verificou-se ainda grande disparidade nos horários e periodicidade do planeamento da intervenção.

De modo a reforçar a pertinência de atuação no âmbito da avaliação funcional da pessoa no SCG, procedeu-se à aplicação da ferramenta de gestão de diagnóstico Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (SWOT) – Quadro 1, através da qual verificámos a prevalência de fatores positivos, quer endógenos (forças), que exógenos (oportunidades), relativamente aos fatores negativos, o que veio reforçar a pertinência da implementação deste projeto, uma vez que o ambiente interno e externo são favoráveis à sua realização. Este revelou-se sustentável, não havendo constrangimentos à sua execução no que respeita a recursos humanos ou financeiros.

S (Forças)	W (Fraquezas)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Equipa dinâmica e jovem;</li> <li>▪ Necessidade, sentida pelos profissionais, de melhorar e otimizar a gestão e planeamento de cuidados e de formação relativamente à EB;</li> <li>▪ Inexistência de procedimento sistematizado relativamente à avaliação funcional e registo;</li> <li>▪ Existência de inconformidades no registo em <i>SClínico</i> da EB e sua coerência com diagnósticos de enfermagem;</li> <li>▪ Evidência da importância e contributos da avaliação funcional no processo reabilitativo pós-cirúrgico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risco de insuficiente adesão dos elementos da equipa aos momentos de formação;</li> <li>▪ Risco de desmotivação, por parte da equipa, para colocar em prática os instrumentos e orientações propostas;</li> <li>▪ Risco de reduzida disponibilidade em tempo útil, por parte da equipa, para colocar em prática os instrumentos e orientações propostas;</li> <li>▪ Projeto desenvolvido concomitantemente com semelhantes projetos de intervenção em serviço.</li> </ul>
O (Oportunidades)	T (Ameaças)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constitui um contributo à melhoria contínua da qualidade, sendo que os princípios de qualidade e procura de excelência integram a política de enfermagem da instituição;</li> <li>▪ Constitui parâmetro de avaliação de auditorias clínicas aos registos em <i>SClínico</i>;</li> <li>▪ Projeto inovador no serviço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atual conjuntura político-económica, que interfere na motivação e desempenho dos profissionais.</li> </ul>

Quadro 1 - SWOT

A partir do problema geral identificámos problemas parcelares, conforme apresentamos no Quadro 2.

Problemas Parcelares identificados:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de clarificação, por parte dos enfermeiros, sobre a aplicação e registo da EB</li> <li>• Necessidade de uniformização de procedimentos quanto à periodicidade da intervenção</li> <li>• Inexistência do registo de avaliação funcional da pessoa na sua avaliação inicial de enfermagem</li> <li>• Inexistência da planificação de avaliação funcional da pessoa no planeamento de cuidados em grande parte dos processos de enfermagem</li> <li>• Incoerência dos graus de dependência registados na EB com o <i>status</i> de dependência registado no diagnóstico de enfermagem e planeamento de cuidados</li> <li>• Ausência do registo do <i>score</i> da EB nas cartas de transferência das pessoas no momento de alta/transferência e nas cartas de sinalização da pessoa para a rede de cuidados continuados</li> </ul>

Quadro 2 - Problemas Identificados

Para que o processo de mudança seja conduzido com sucesso, “(...) *terá que ser maduramente pensado e negociado quanto às metas que se pretendem atingir*”<sup>11, p.67</sup>.

Assim, procedemos à **construção de objetivos** através dos problemas identificados. Como objetivo geral formulámos, **promover a qualidade dos cuidados de enfermagem através da otimização da intervenção dos enfermeiros no domínio da avaliação funcional da pessoa internada no SCG**. Como objetivos específicos, de forma a concretizar o objetivo geral, projetámos:

- ✓ promover a uniformização de procedimentos no SCG relativos à avaliação funcional das pessoas internadas e respetivo registo, utilizando a EB;

- ✓ promover a otimização do registo em *SClínico*, acerca da avaliação funcional da pessoa através da EB;
- ✓ avaliar a implementação do projeto;
- ✓ divulgar o PIS.

Foi com a formulação de um plano de ação para cada um dos objetivos que surgiu o **planeamento do projecto**. Nesta etapa realizámos o levantamento de recursos, definição de atividades a desenvolver, métodos a utilizar, e um cronograma do projecto. Para conferir mensurabilidade e critérios de avaliação dos objetivos, foram formulados indicadores de avaliação.

Na **etapa de execução**, materializou-se aquilo que foi planeado. Assim, as principais actividades desenvolvidas no âmbito da avaliação funcional da pessoa através da EB no SCG foram:

- ✓ Revisão da Literatura;
- ✓ Criação de proposta de procedimento setorial para o SCG;
- ✓ Criação de cartão de bolso auxiliar dos registos de enfermagem, entregue a toda a equipa;
- ✓ Formação à equipa de enfermagem, no âmbito de formação em serviço;
- ✓ Criação de documento auxiliar dos registos de enfermagem em *SClínico* colocado junto aos computadores;
- ✓ Apoio à equipa de enfermagem nos registos em *SClínico*;
- ✓ Avaliação da implementação do projeto através da consulta aos registos de enfermagem em *SClínico* 3 e 6 semanas após formação;
- ✓ Divulgação do projeto à equipa e à comunidade.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Quanto à **avaliação do projeto**, foram integrados os 4 tipos de avaliação: operatória (utilizados os indicadores de avaliação traçados na etapa de planeamento), permanente (desenvolvida ao longo do projeto, através de momentos reflexivos sobre o percurso desenvolvido, e aplicados meios de regulação ao planeado, sempre que necessário), participante (foi fomentada a participação de todos os elementos, inclusive da equipa de enfermagem, desde a etapa diagnóstica) e formativa (foram criadas condições de aprendizagem pessoais, através do desenvolvimento do projeto e consequente desenvolvimento de competências, e no sentido de transmitir conhecimento aos restantes intervenientes, nomeadamente à equipa de enfermagem)<sup>12</sup>.

Os principais momentos de avaliação do PIS consistiram na avaliação da formação, avaliação dos resultados obtidos na consulta dos processos de enfermagem 3 e 6 semanas após a formação, e na avaliação reflexiva com base nos resultados obtidos.

Relativamente à formação, formámos 92,7% da equipa de enfermagem. Para avaliação formativa da mesma foi efetuada uma ficha de avaliação, sendo que todos os elementos tiveram uma pontuação de 100%, com a totalidade das respostas corretas.

Relativamente à avaliação da sessão pelos formandos, foi utilizado o impresso em vigor na instituição, que avalia a sessão em 4 categorias (programa da ação, funcionamento da ação, apreciação global da ação e intervenção do formador), sendo que a prevalência de classificação foi de muito bom em todos os parâmetros.

A fim de avaliar o impacto da formação realizada, foi efetuada uma consulta aos registos de enfermagem, 3 e 6 semanas após a última sessão de formação, para o que se aplicou a mesma grelha utilizada na etapa diagnóstica. A perspectiva evolutiva dos parâmetros auditados pode ser consultada no gráfico 6.

Podemos afirmar que houve um progresso bastante significativo entre o antes e o depois da formação. Mas surge a questão: “estes resultados manter-se-ão no tempo?”. A resposta a esta questão irá depender de vários fatores externos à formação, sendo o acompanhamento e a taxa de rotatividade da

equipa alguns exemplos. O nosso compromisso é de nos mantermos empenhados no projeto, dando continuidade ao mesmo, quer ao nível de implementação de futuras estratégias, quer a nível da avaliação e divulgação dos resultados.

Podemos ainda concluir que os objetivos a que nos propusemos no início do PIS foram atingidos e se revelaram bastante adequados. Para isso contribuiu a pertinência das atividades delineadas. Assim sendo, os indicadores de avaliação foram conseguidos e concluímos assim o sucesso do projeto.

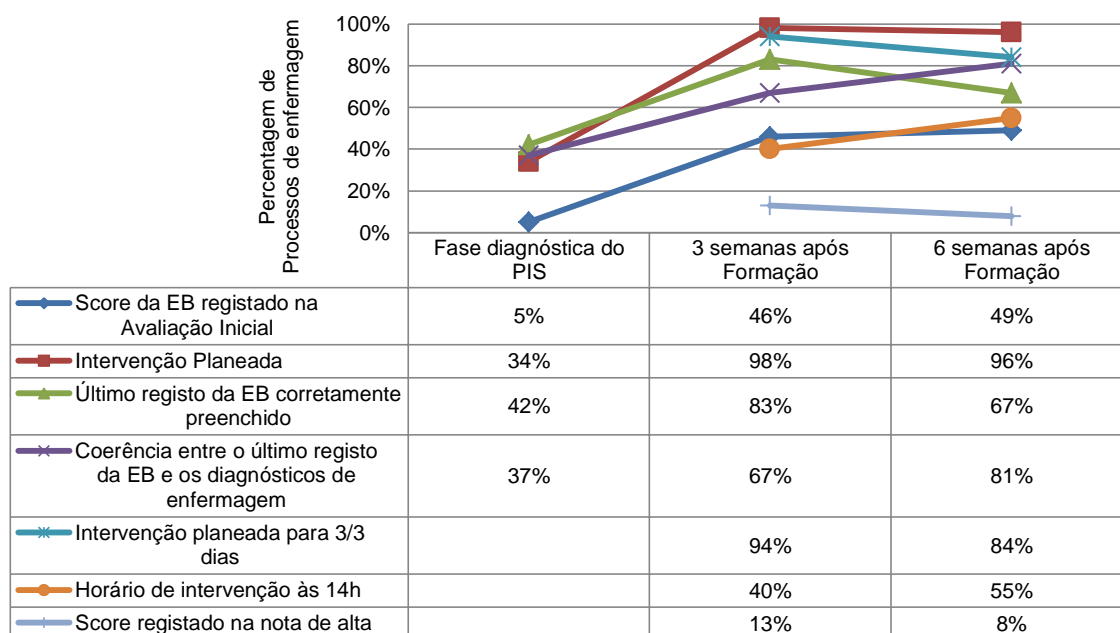


Gráfico 6 - Perspetiva evolutiva dos parâmetros avaliados nas consultas aos processos de enfermagem, após formação

A **divulgação dos resultados** é um dever ético do investigador, pelo que o PIS será divulgado em relatório de trabalho de projeto, após apreciação e discussão pública do mesmo, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Também a publicação deste artigo constitui método de divulgação.

Serão ainda aproveitadas oportunidades de divulgação em encontros de enfermagem. Importa ainda referir que, desde a etapa diagnóstica do PIS, foram cumpridos os princípios éticos e deontológicos inerentes a este tipo de trabalho.

## CONCLUSÃO:

Consideramos que a conceção do projeto foi de uma mais-valia incontestável como parte integrante do nosso percurso, permitindo-nos refletir e crescer enquanto profissionais. O que à partida se apresentava um desafio, revelou-se um trabalho construtivo, gratificante e enriquecedor. Assim, As expectativas de que fosse um processo facilitador da aquisição de novas aprendizagens e desenvolvimento de competências, foram totalmente superadas. Enquanto [futuras] enfermeiras especialistas, demos cumprimento aos enunciados descritivos dos padrões de qualidade especializados, tendo os domínios mais evidentes sido o domínio da promoção da qualidade de vida, bem-estar e alívio do sofrimento e domínio do bem-estar e autocuidado, assegurando o rigor técnico-científico na implementação, reavaliada e reajustada, das intervenções de enfermagem, com uma filosofia de cuidados centrada na promoção da autonomia da pessoa, de acordo com o referencial teórico adoptado (teoria de Orem), utilizando instrumentos de avaliação do grau de dependência adequados; o domínio da

readaptação funcional, assegurando a continuidade da prestação de cuidados através da otimização e rigor nos registos de enfermagem; e domínio da organização dos cuidados especializados, com a implementação do PIS, que veio permitir a melhoria da qualidade do exercício.

Acreditamos que o projeto não está encerrado e continuará a ser um processo dinâmico, também passível de replicação em outros serviços e instituições, com vista à melhoria contínua da qualidade.

## AGRADECIMENTOS:

Não podíamos deixar de demonstrar o nosso agradecimento àqueles que contribuíram para a realização do projeto e para que este fosse uma experiência enriquecedora, especialmente às Senhoras Prof.<sup>a</sup> e Enf.<sup>a</sup> Orientadoras, equipa multidisciplinar do SCG, equipa docente do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, familiares e amigos.

## BIBLIOGRAFIA

1. HESBEEN, Walter - *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-11-8.
2. GEORGE, Julia - *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. Tradução: Regina Garces. 4ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. ISBN: 85-7307-587-2.
3. Conselho Internacional de Enfermeiros (International council of nurses - ICN) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.
4. OREM, Dorothea - *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1993. ISBN: 0-8016-6064-5.
5. KELLY-HAYES, Margaret - *Avaliação Funcional*. In HOEMAN, Sirley - *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo*. 2ª Edição. Lisboa: Lusociência, 2000. ISBN 978-972-8383-13-8. p.161-172.
6. JÚNIOR, Carlos Paixão; RECHENHEIM, Michael - *Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional dos idosos*. *Cadernos de Saúde Pública*. Volume 21, n.º 1 (2005). p. 7-19. ISSN: 0102-311X.
7. MAHONEY, Florence; BARTHEL, Dorothea - *Functional Evaluation: The Barthel index*. *Maryland State Medical Journal*. Volume 14 (1965), p. 56-61. ISSN: 0025-4363.
8. ARAÚJO, Fátima [et al] - *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 25, n.º 2 (2007). p. 59-66. ISSN: 0870-9025.
9. FERRITO, Candida; NUNES, Lucília; RUIVO, Alice - *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. *Revista Percursos*. n.º 15 (2010). p. 1-37. ISSN: 1646-5067.
10. BOUTINET, Jean-Pierre - *Antropologia do Projecto*. Lisboa: Instituto Piaget, 1996. ISBN 972-8329-35-0.
11. DIAS, José Manuel - *Formadores: Que Desempenho?* Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-75-4.
12. CARVALHO, Angelina; DIOGO, Fernando - *Projecto Educativo*. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 2001. ISBN: 972-36-0349-7.

## **Apêndice XVI: Resultados das auditorias aos processos de enfermagem**



# Relatório de Auditorias aos Processos de Enfermagem no âmbito da avaliação funcional da pessoa internada no SCG: aplicação da Escala de Barthel

No âmbito da avaliação do projeto, e afim de avaliar o impacto das sessões de formação realizadas no âmbito da avaliação funcional da pessoa internada no SCG, foi efetuada uma consulta aos registos de enfermagem, 3 semanas após a última sessão, conforme planeado em projeto de intervenção em serviço, e posteriormente 6 semanas após formação. Para o efeito, aplicou-se a mesma grelha que foi utilizada na etapa diagnóstica do projeto.

## 3 semanas após formação

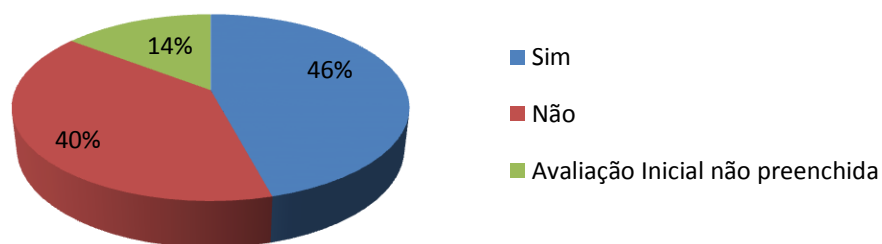
Na primeira consulta, foram analisados 48 processos de enfermagem, correspondentes a todas as pessoas internadas no SCG no dia 24 de Novembro de 2014, o que se traduz numa taxa de ocupação do serviço de 85%.

Os dados obtidos na grelha de verificação dos registos de enfermagem podem ser consultados no Quadro 1.

		Sim	Não	Observações
<b>Score da escala de Barthel registado na Avaliação Inicial?</b>		22	19+7	Processos sem avaliação inicial de enfermagem preenchida: 7
<b>Intervenção “Monitorizar capacidade funcional através da escala de Barthel” planeada?</b>		47	1	
<b>Processos com a Intervenção “Monitorizar capacidade funcional através da escala de Barthel” planeada (47)</b>	Última monitorização da escala da EB bem preenchida?	38	7+2	Processos cuja última avaliação da Escala de Barthel não estava validada/preenchida: 2
	Coerência entre a última monitorização da EB com os focos de enfermagem diagnosticados?	30	15	

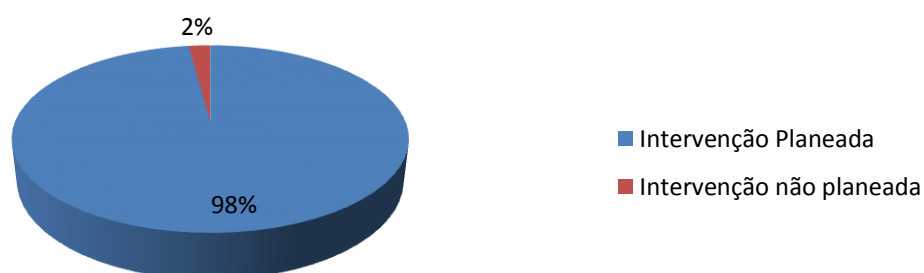
Quadro 1 - Resultados da consulta de processos de enfermagem na etapa diagnóstica do PIS, relativamente a *score* da EB na avaliação inicial, intervenção planeada, última intervenção bem executada e coerência com o restante processo de enfermagem

Dos 48 processos, 46% apresentavam o *score* da EB registado na avaliação inicial de enfermagem, conforme Gráfico 1, sendo que 14% dos processos não tinham avaliação de enfermagem preenchida. 40% dos processos tinha avaliação inicial preenchida mas não tinha o registo do *score* da escala de barthel.



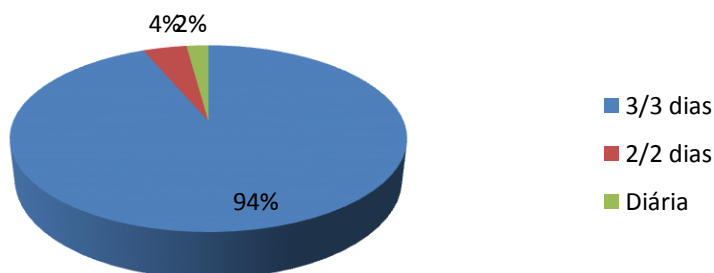
**Gráfico 1 - Score da Escala de Barthel registado na Avaliação Inicial**

Verificou-se que 98% dos processos de enfermagem tinha a intervenção “Monitorizar a capacidade funcional através da escala de barthel” planeada – Gráfico 2.



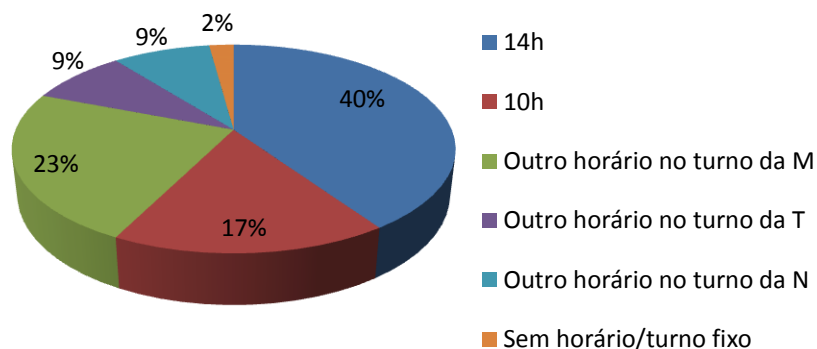
**Gráfico 2 - Processos de enfermagem com a intervenção "Monitorizar a capacidade funcional através da escala de barthel" planeada**

Quanto ao planeamento na periodicidade de realização da referida intervenção, a maioria encontrava-se planeada de 3/3 dias (Gráfico 3), conforme preconizado, contudo o horário da intervenção ainda não se encontra uniformizado (Gráfico 4), embora haja uma prevalência considerável (40%) do planeamento da intervenção para o horário sugerido em formação (14h).



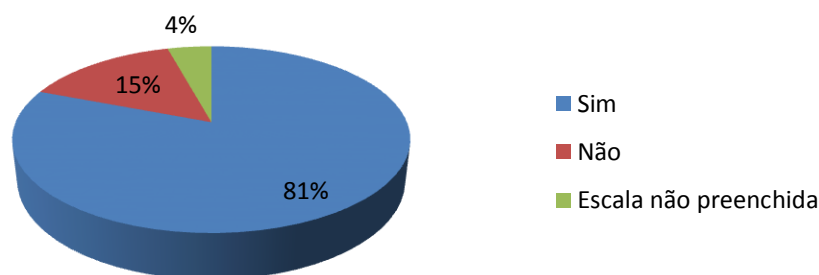
**Gráfico 3 - Periodicidade no planeamento da Intervenção "Monitorizar a capacidade funcional através da escala de barthel"**





**Gráfico 4 - Horário que se programa para executar a intervenção "Monitorizar a capacidade funcional através da escala de barthel"**

Quanto ao preenchimento correto da escala, foi avaliado o último registo da escola em cada processo, tendo se detetado um total de 83% de processos sem erros de preenchimento da escala, no seu último registo – Gráfico 5. 13% dos processos ainda continha erros no preenchimento e encontraram-se 4% dos processos sem o último registo da escala realizado.



**Gráfico 5 - Preenchimento correto da escala de barthel na sua última aplicação**

Dos erros encontrados no preenchimento da escala (13% dos processos), registaram-se 3 tipos de erro, nos 7 identificados, conforme Gráfico 6.

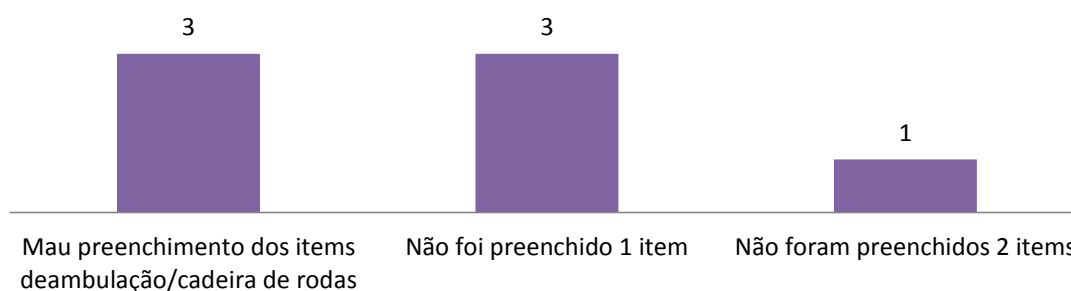


Gráfico 6 - Erros de Preenchimento no último registo da escala de barthel

Relativamente à coerência entre o último registo da EB e os focos de enfermagem diagnosticados no processo de enfermagem, encontraram-se 59% dos processos com coerência (Gráfico 7), sendo que os restantes não sofreram atualização dos diagnósticos de enfermagem de acordo com a evolução funcional da pessoa.

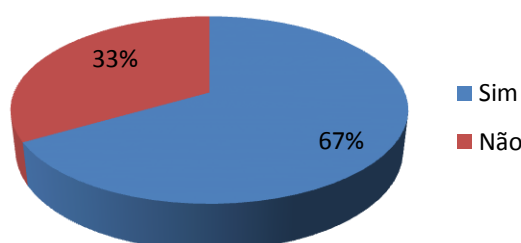


Gráfico 7 - Coerência entre o último registo da escala de barthel e os focos de enfermagem diagnosticados

Foi efetuada uma consulta também aos processos das pessoas com alta num espaço de 5 dias (de 24 de Novembro a 28 de Novembro), a fim de se perceber a inclusão do *score* da escala de Barthel nas cartas de alta de enfermagem, preconizada pelo guia de apoio aos registos informáticos em *SClinico*.

No Serviço de Cirurgia Geral foram consultadas 39 notas de alta, correspondentes às altas que ocorreram nesse período, tendo-se verificado que 5 processos dos 39 não tinham nota de alta realizada. Das restantes, verificou-se que apenas 5 continha o *score* da escala de Barthel registado (Gráfico 8), contudo foi verificado que apenas em 1 processo foi executada a intervenção em SOS na alta hospitalar, como sugerido em formação.

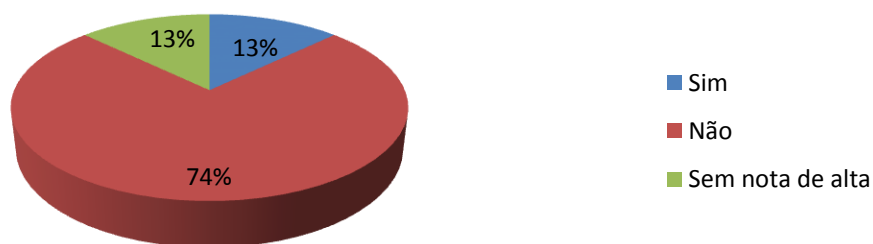


Gráfico 8 – Score da escala de barthel registado na nota de alta de enfermagem

## 6 semanas após formação

Na segunda consulta aos processos de enfermagem, 6 semanas após a formação, foram analisados 51 processos de enfermagem, correspondentes a todas as pessoas internadas no Serviço de Cirurgia Geral no dia 15 de Dezembro de 2014, o que se traduz numa taxa de ocupação do serviço de 91%.

Os dados obtidos na grelha de verificação dos registos de enfermagem podem ser consultados no Quadro 2.

		Sim	Não	Observações
<b>Score da escala de Barthel registado na Avaliação Inicial?</b>		25	18+8	Processos sem avaliação inicial de enfermagem preenchida: 8
<b>Intervenção “Monitorizar capacidade funcional através da escala de Barthel” planeada?</b>		49	2	
<b>Processos com a Intervenção “Monitorizar capacidade funcional através da escala de Barthel” planeada (47)</b>	Última monitorização da escala da EB bem preenchida?	33	9+7	Processos cuja última avaliação da Escala de Barthel não estava validada/preenchida: 7
	Coerência entre a última monitorização da EB com os focos de enfermagem diagnosticados?	34	8	

Quadro 2 - Resultados da consulta de processos de enfermagem na etapa diagnóstica do PIS, relativamente a *score* da EB na avaliação inicial, intervenção planeada, última intervenção bem executada e coerência com o restante processo de enfermagem

Dos 51 processos, 49% apresentavam o *score* da escala de Barthel registado na avaliação inicial de enfermagem, conforme Gráfico 9, sendo que 16% dos processos não tinham avaliação de enfermagem preenchida. Assim, 35% dos processos tinha avaliação inicial preenchida mas não tinha o registo do *score* da escala de Barthel.

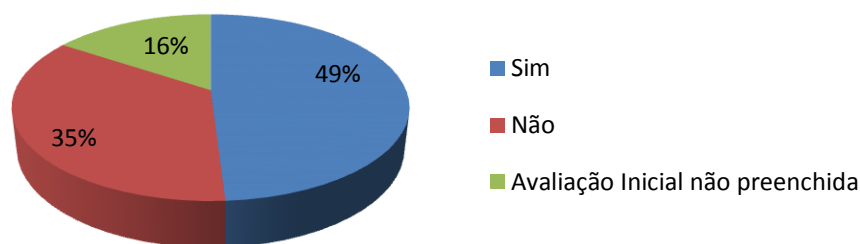


Gráfico 9 - Score da Escala de Barthel registado na Avaliação Inicial

Verificou-se que 96% dos processos de enfermagem tinha a intervenção “Monitorizar a capacidade funcional através da escala de barthel” planeada – Gráfico 10.

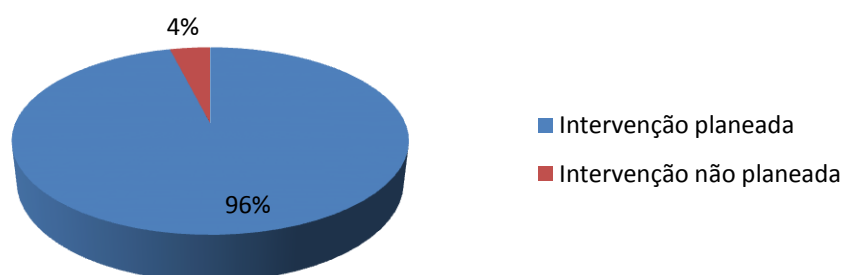


Gráfico 10 - Processos de enfermagem com a intervenção "Monitorizar a capacidade funcional através da escala de barthel" planeada

Quanto ao planeamento na periodicidade de realização da intervenção, a maioria (84%) encontrava-se planeada de 3/3 dias (Gráfico 11), conforme preconizado. Quanto ao horário para o qual se planeia a intervenção (Gráfico 12), verifica-se uma prevalência de 55% do planeamento da intervenção para o horário sugerido em formação (14h).

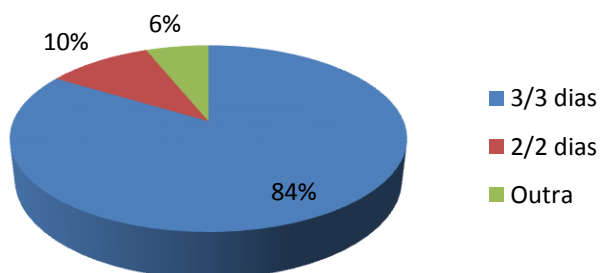
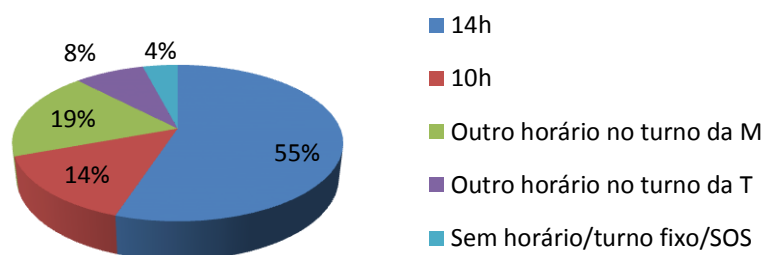
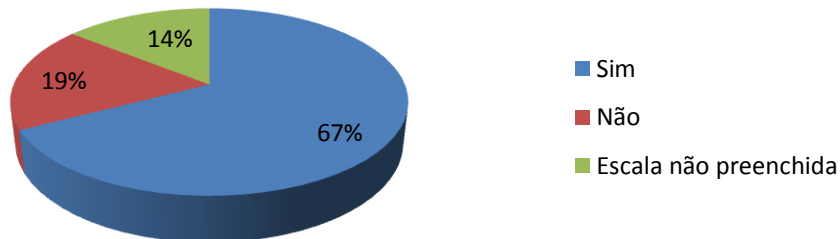


Gráfico 11 - Periodicidade no planeamento da Intervenção "Monitorizar a capacidade funcional através da escala de barthel"



**Gráfico 12 - Horário que se programa para executar a intervenção "Monitorizar a capacidade funcional através da escala de barthel"**

No que cencerne ao preenchimento correto da escala, foi avaliado o último registo da escala em cada processo, tendo se detetado um total de 67% de processos sem erros de preenchimento da escala, no seu último registo – Gráfico 13. Apenas 19% dos processos continha erros no preenchimento e encontraram-se 14% dos processos sem o último registo da escala realizado.



**Gráfico 13 - Preenchimento correto da escala de barthel na sua última aplicação**

Dores erros encontrados no preenchimento da escala (19% dos processos), registaram-se 2 tipos de erro, nos 9 identificados, conforme Gráfico 14.

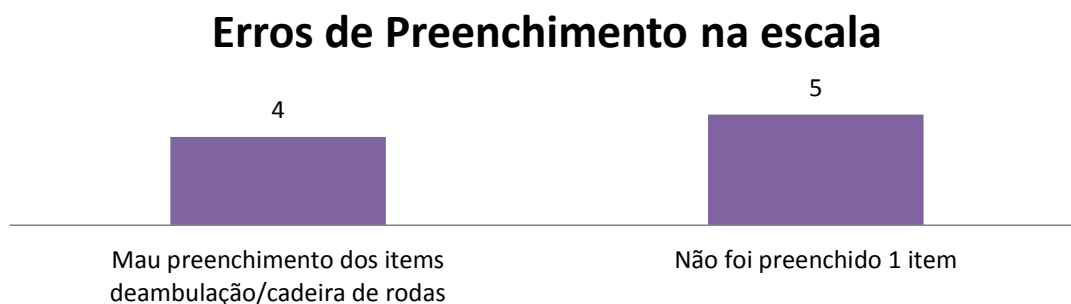


Gráfico 14 - Erros de Preenchimento no último registo da escala de Barthel

Relativamente à coerência entre o último registo da escala de Barthel e os focos de enfermagem diagnosticados no processo de enfermagem, encontraram-se 81% dos processos com coerência (Gráfico 15), sendo que os restantes não sofreram atualização dos diagnósticos de enfermagem de acordo com a evolução funcional da pessoa.

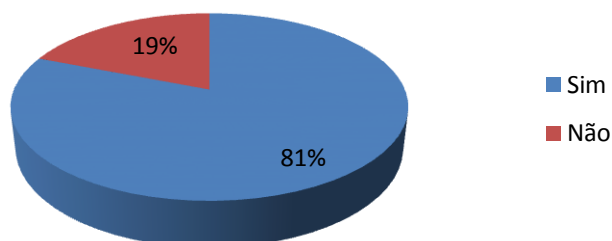


Gráfico 15 - Coerência entre o último registo da escala de barthel e os focos de enfermagem diagnosticados

Foi efetuada uma consulta também aos processos das pessoas com alta num espaço de 5 dias (de 15 de Dezembro a 19 de Dezembro), a fim de se perceber a inclusão do *score* da escala de barthel nas cartas de alta de enfermagem, preconizada pelo guia de apoio aos registos informáticos em *SClinico*.

No Serviço de Cirurgia Geral foram consultadas 52 notas de alta, correspondentes às altas que ocorreram nesse período, tendo-se verificado que 13 desses processos não tinham nota de alta realizada. Das restantes, verificou-se que apenas 4 continha o *score* da escala de Barthel registado (Gráfico 16), sendo que nos 4 foi executada a intervenção em SOS na alta hospitalar, como sugerido em formação.

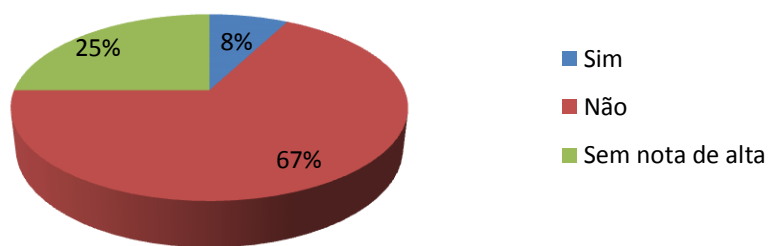


Gráfico 16 – *Score da escala de barthel registado na nota de alta de enfermagem*





## **Apêndice XVII: Pedido de Autorização para realização do PIS**



Exm.<sup>a</sup> S.<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Diretora  
Do Centro Hospitalar X  
Senhora Enfermeira OF

Assunto: Pedido de Autorização para realização de projeto

Eu, Vera Lúcia Trigueirão Grazina, estudante do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, situado no Campus do Instituto Politécnico de Setúbal, Estefanilha, Edifício ESCE, 2914-503 Setúbal, e enfermeira do Serviço de Cirurgia Geral deste Centro Hospitalar desde Março de 2010, venho por este meio, pedir autorização para desenvolver um Projeto de Intervenção em Serviço, sobre o tema: *Avaliação Funcional das pessoas/clientes internadas no Serviço de Cirurgia Geral através da escala de Barthel*, a desenvolver até Janeiro de 2015, no Serviço de Cirurgia Geral.

O estágio realiza-se no Serviço de Cirurgia Geral da Vossa Instituição, e o Projeto supramencionado, visa otimizar a intervenção dos profissionais de enfermagem no domínio da *Avaliação Funcional do doente*, nomeadamente, registo em Suporte de Apoio à Prática de Enfermagem, e processo de atuação perante o mesmo, sob a orientação pedagógica da Exm.<sup>a</sup> S.<sup>a</sup> Professora Orientadora Mariana Pereira (IPS, contacto: xxx) e Exm.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Especialista MC (Serviço de Cirurgia Geral).

Enquanto estudante e estagiária, asseguro que este projeto será desenvolvido em articulação com o serviço, e que serão cumpridos todos os princípios éticos inerentes a este tipo de trabalho, nomeadamente no respeito pelo sigilo e anonimato das fontes, salvaguardando os participantes e consentimento informado.

Durante este projeto prevejo a necessidade de consultar processos de enfermagem em Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, pelo que o efetuarei, respeitando o supramencionado.

Junto anexo os seguintes documentos:

- a) Termo de Responsabilidade do estudante
- b) Termo de Responsabilidade do Orientador Pedagógico
- c) Resumo Curricular
- d) Proposta do Projecto de Intervenção
- e) Termo de Autorização assinado pelo Director de Serviço de Cirurgia Geral
- f) Termo de Autorização assinado pela Enf.<sup>a</sup> Chefe do Serviço de Cirurgia Geral

Estou disponível para qualquer aspeto que julgue oportuno esclarecer.

Agradeço desde já a atenção dispendida e toda a celeridade neste processo.

Com os melhores cumprimentos,

Setúbal, 10 de Abril de 2014  
Vera Lúcia Trigueirão Grazina

Vera Grazina - EE: xxx Tlm: xxx

## **Apêndice XVIII: *Poster* sobre simulacro**



[illegible]





## **Apêndice XIX: Resumo do** ***Poster* sobre simulacro**



# Simulacro em Cenário de Inundação em Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos: Intervenções Especializadas de Enfermagem

Maria João Nunes<sup>1,3</sup>; Marisa Aleixo<sup>1,3</sup>; Vera Grazina<sup>1,3</sup>; Mariana Pereira<sup>2</sup>; Marta Costa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Estudantes do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS*

<sup>2</sup>*Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal*

<sup>3</sup>*Enfermeira no Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal*

**Palavras-chave:** Simulacro; Inundação; Catástrofe Hospitalar; Evacuação.

## Resumo

**Introdução:** Em contexto hospitalar, é de fulcral importância que todos os profissionais conheçam os planos de evacuação e formas de atuação perante situações de catástrofe/emergência. De forma a transpor para a prática os procedimentos perante estas situações, são ocasionalmente praticados exercícios de simulacro. Estes têm como objetivo analisar o comportamento das pessoas perante a situação representada, que deve ser o mais próxima possível do real.

Apresentamos a nossa experiência enquanto participantes num simulacro, em contexto de inundação, realizado num Serviço de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC) de um hospital da margem-sul do país, onde se testou o plano de emergência em vigor na Instituição. Esta atividade foi planeada e organizada por colegas no âmbito da sua formação especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

**Objetivos:** Refletir sobre a participação no simulacro e a importância do desenvolvimento da competência específica do enfermeiro especialista “dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”.

**Metodologia:** Enquanto participantes (enfermeiras X, Y e Z) no exercício de simulacro realizado numa UCIC, assumimos a representação de parte integrante da equipa de evacuação B. Procedemos à evacuação de 3 utentes fictícios, num cenário de inundação. Participámos numa reunião prévia para o planeamento do exercício e numa reunião posterior, com todas as entidades envolvidas, para o balanço da simulação.

**Resultados:** O exercício teve uma duração de 11 minutos, durante os quais se procedeu à evacuação horizontal dos utentes para o serviço de refúgio (serviço de internamento no mesmo piso).

Após rotura de canalização, a Enf.<sup>a</sup> X alertou a Enf.<sup>a</sup> responsável de turno, que fez o alerta à telefonista. Esta seguiu o protocolo de atuação. As Enf.<sup>as</sup> Y e Z foram chamadas ao local e ajudaram na preparação dos utentes para possível evacuação em segurança. Após ordem de evacuação pela Enf.<sup>a</sup> responsável, a Enf.<sup>a</sup> X procedeu à listagem dos utentes, bem como cuidados necessários durante e após evacuação. Procedeu-se à evacuação do primeiro utente, por elemento de equipa de evacuação A. Entretanto chegou o chefe de intervenção, informado da ocorrência, e respetiva equipa de atuação multidisciplinar. As Enf.<sup>as</sup> Y e Z evacuaram o segundo utente e a Enf.<sup>a</sup> X, com elemento da equipa de evacuação B, evacuaram o terceiro. Instalaram-se os utentes no serviço de refúgio, após o que chegou o médico para observação dos mesmos. No serviço de origem, verificou-se a evacuação que foi sinalizada, e o exercício terminado.

O estado clínico dos utentes (críticos) foi sempre considerado, e privilegiada a relação enfermeiro-utente.

A evacuação foi célere e os procedimentos executados ordenadamente.

**Conclusões:** A participação no exercício de simulacro permitiu-nos o desenvolvimento de competências em situação de catástrofe/emergência, em ambiente hospitalar. O nosso envolvimento no exercício permitiu praticar a adaptação do processo de enfermagem, em todas as suas vertentes (avaliação, diagnóstico, planeamento, execução e reavaliação) a uma situação emergente que exige evacuação, não descurando a importância da relação com o utente crítico.

O exercício contribuiu ainda para tomarmos maior contacto com o plano de evacuação interno da Instituição, e conhecer a forma de atuação multidisciplinar.

**Apêndice XX: Folheto  
Informativo “Venho visitar o meu  
familiar – porque tenho de lavar as  
mãos?”**

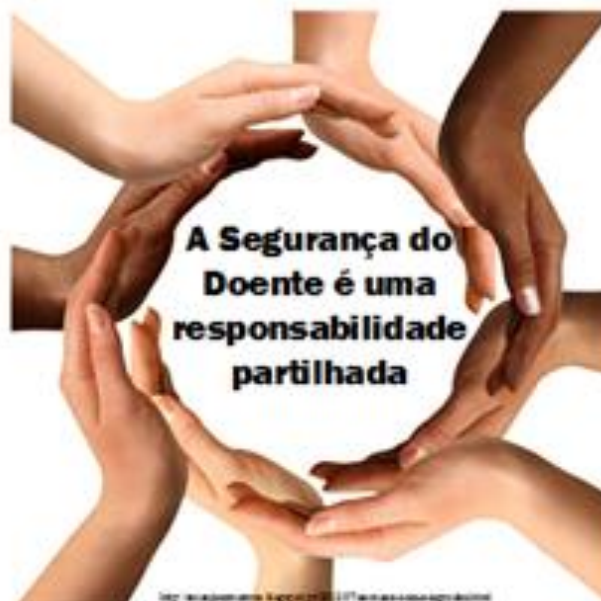


*Lembre-se que está num  
Hospital...*

*Ajude-nos a cuidar do seu  
familiar em **SEGURANÇA***



***Prevenir a Infecção está  
nas suas MÃOS!***



Centro Hospitalar de E.P.E.

*Elaborado por:*

Enf.ª Maria João Nunes\*

Enf.ª Marisa Aleixo\*

Enf.ª Vera Grazina\*

Enf.ª

Enf.ª Chade

Prof.ª Mariana Pereira

CH —EPE Serviço de Cirurgia Geral  
Instituto Politécnico de Setúbal—Faculdade Superior de Saúde  
3.º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Janeiro 2015



Centro Hospitalar de  
E.P.E.

**Serviço de Cirurgia Geral**

**Venho visitar o meu  
familiar - Porque tenho de  
lavar as mãos?**



## Venho visitar o meu familiar - porque tenho de lavar as mãos?

Para evitar as **infecções associadas aos cuidados de saúde**, que são infecções que ocorrem num doente durante a sua permanência no hospital, que não estavam presentes, nem em incubação, no momento de entrada.

*medidas simples  
salvam vidas*



## Quais as consequências destas infeções?

- Agravamento do estado de saúde;
- Maior tempo de internamento;
- Aumento da mortalidade/morbilidade;
- Custos económicos adicionais;
- Diminuição da qualidade de vida do utente e familiares.

## Como prevenir as Infeções?



### Fricção Anti-Séptica das Mãos

Higienize as mãos, friccionando-as com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA). Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.

Duração total do procedimento: 20-30 seg.



### Lavagem das Mãos

Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas. Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SABA).

Duração total do procedimento: 40-60 seg.





**Apêndice XXI: Planeamento da  
Ação de Sensibilização às visitas das  
pessoas internadas no SCG**



**Projeto de Ação de Sensibilização às visitas das pessoas**  
**internadas no Serviço de Cirurgia Geral**

<b>Tema da Ação</b>	Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos?
<b>População alvo</b>	Visitas das pessoas internadas no Serviço de Cirurgia Geral (SCG)
<b>Promotores da Ação</b>	Maria João Nunes*, Marisa Aleixo*, Vera Grazina*, Enf. <sup>a</sup> MC, Enf. <sup>a</sup> Chefe HM, Enf. <sup>a</sup> da CCI – FB  *Estudantes do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

<b>Objetivos Gerais</b>	- Sensibilizar as visitas das pessoas internadas no SCG do Centro Hospitalar X, sobre a importância da higienização das mãos, como medida de controlo de infeção.
<b>Objetivos Específicos</b>	- Transmitir conhecimentos sobre a importância da higienização das mãos, como medida de controlo de infeção; - Demonstrar a técnica de higienização das mãos; - Incentivar as visitas a realizar a higienização das mãos; - Verificar se a técnica de higienização das mãos foi adequada e a lavagem das mãos eficaz, com recurso à luz ultravioleta - UV (com utilização de pó/líquido simulador de microrganismos).
<b>Resultados Esperados</b>	No final da sessão é esperado que as visitas sejam capazes de: - Efetuar eficazmente a higienização das mãos, comprovada através da utilização de luz ultravioleta; - Identificar a importância da higienização das mãos como medida de controlo de infeção, através do preenchimento de pequeno questionário.

<b>Pré-requisitos</b>	Visitas das pessoas internadas no SCG
<b>Duração</b>	1h30 (coincidente com o horário de visitas)
<b>Datas</b>	8 e 12 de janeiro 2015
<b>Local</b>	<i>Hall</i> de entrada do SCG

<b>Etapas</b>	<b>Atividades didáticas</b>	<b>Métodos e técnicas pedagógicas</b>	<b>Equipamentos/meios didáticos</b>	<b>Avaliação</b>
Introdução	Apresentação da Ação de Sensibilização	Expositivo (abordagem individual ou por pequenos grupos, consoante afluência de visitas)	Computador Portátil	---
	Comunicação dos objetivos gerais e específicos.		Vídeo projetor/ <i>Power Point</i> (projeção cíclica de cartazes alusivos ao tema)	
	Verificação dos pré-adquiridos.	Interrogativo		Inicial (diagnóstico)
Desenvolvimento	<b>Conteúdos programáticos:</b> a) Importância da higienização das mãos como medida de controlo de infeção; b) Técnica de Higienização das mãos; c) Momentos de higienização das mãos.	Expositivo Demonstrativo	Computador Portátil  Vídeo projetor/ <i>Power Point</i> (projeção cíclica de cartazes alusivos ao tema)	---
	<b>Síntese</b>	Expositivo	Folhetos informativos	---
Conclusão	<b>Atividade (individual):</b> Aplicação de pó/líquido simulador de microrganismos nas mãos, visualização das mesmas com a luz UV, higienização das mãos, e nova visualização com a luz UV.	Ativo /Interativo Demonstrativo Interrogativo	Pó e Líquido simulador de microrganismos  Lanterna de Luz UV	Formativa
	Verificação dos resultados da aprendizagem, através da aplicação de pequeno questionário de resposta fechada.	Interrogativo	Fotocópias do questionário (pequenos cartões) Canetas	Sumativa
	Fecho da sessão/ Conclusão/ Agradecimento pela participação na Ação.	Expositivo	---	---

**Apêndice XXII: Questionário  
para avaliação da ação de  
sensibilização**



# Questionário para Avaliação da Ação de Sensibilização às Visitas das Pessoas internadas no SCG




Centro Hospitalar de

**Questionário**

AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO:

**VENHO VISITAR O MEU FAMILIAR –  
PORQUE TENHO DE LAVAR AS MÃOS?**

Após participar na sessão, senti que:

 **SIM**  **TALVEZ**  **NÃO**

• Compreendi a importância de lavar as mãos quando visito o meu amigo/familiar;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aprendi a lavar corretamente as mãos;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Esta sessão foi importante para aprender a proteger-me e a evitar a propagação de infeções;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vou lavar as mãos sempre que visitar um amigo/familiar no hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Obrigada pela sua participação!**

Ação de Sensibilização promovida por:





## **Apêndice XXIII: Relatório da Ação de Sensibilização às visitas**





2. If the rate of change of the function  $f$  is known at a point, then the function  $f$  is known at that point.

# Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos?

## Relatório da Ação de Sensibilização às Visitas

Elaborado Por:

Maria João Nunes

Marisa Aleixo

Vera Grazina

Setúbal, janeiro de 2015



# **Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos?**

## **Relatório da Ação de Sensibilização às Visitas**

**Departamento:** Enfermagem

**Curso:** 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Ano:** 2º ano **Semestre:** 3º

**Unidade Curricular:** Enfermagem Médico-Cirúrgica II **Módulo:** Estágio III

**Docente Responsável pela Unidade Curricular:** Maria de Lurdes Martins

**Docente Responsável pelo Módulo:** Mariana Pereira

Elaborado Por:

Maria João Nunes, n.º 130519016

Marisa Aleixo, n.º 130519017

Vera Grazina, n.º 130519028

Setúbal, janeiro de 2015

*“É fazendo que se aprende a fazer  
aquilo que se deve aprender a fazer”*

*Aristóteles*

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

DGS – Direção Geral da Saúde

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESS – Escola Superior de Saúde

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Nº - número

NP – Norma Portuguesa

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infecção

SCG - Serviço de Cirurgia Geral

UC – Unidade Curricular

UV – Ultravioleta

## Índice de Ilustrações

Ilustração 1 - Resultados do questionário aplicado no final da ação	11
Ilustração 2 - <i>Hall</i> de entrada do SCG	12
Ilustração 3 - Colocação da mão numa folha com Pó Simulador de Microrganismos	12
Ilustração 4 - Observação da Mão com o Pó Simulador e a Luz UV	13
Ilustração 5 - Colocação da Solução Alcoólica na mão	13
Ilustração 6 - Execução da Técnica de Higienização das Mãos	14
Ilustração 7 - Visualização da Mão com a Luz UV após Higienização	14
Ilustração 8 - Cartaz alusivo ao Tema, com visualização do Pó Simulador numa Mão	15

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Pessoas que realizaram a técnica de higienização das mãos de forma adequada	10
Gráfico 2 - Pessoas que removeram os vestígios de pó com a técnica de higienização das mãos	11

# Índice

0. Nota Introdutória .....	5
1. A Ação de Sensibilização às Visitas .....	8
1.1. Apresentação e Análise dos Resultados obtidos .....	9
1.2. Reflexão sobre a atividade .....	14
2. Nota Conclusiva .....	16
Referências .....	17
Apêndices .....	18
Apêndice I – Projeto de Ação de Sensibilização às visitas das pessoas internadas no Serviço de Cirurgia Geral .....	19
Apêndice II – Pedido de Autorização para Captação de Imagens e Aplicação de Questionários de Avaliação da Ação .....	23
Apêndice III – Grelha de Registo de Abrangência da Ação .....	25
Apêndice IV – Questionário para Avaliação da Ação.....	29
Apêndice V – Folheto “Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos?” .....	31
Anexos .....	34
Anexo I – Minuta do Pedido de Autorização para Captação de Imagens .....	35
Anexo II – Folheto fornecido pela CCI .....	37



## 0. Nota Introdutória

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Enfermagem Médico-Cirúrgica II, do 3.º Semestre do 2.º Ano, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), ministrado pela Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), mais concretamente no Módulo de Estágio III, surgiu-nos a oportunidade de realização de uma atividade que nos permitisse desenvolver as Unidades de Competência da *Competência K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face á complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*, já planeada anteriormente no Estágio I e II, pois ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) compete, de acordo com o Regulamento nº 124/2011, responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção, tendo em consideração o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para manutenção da vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem atualmente uma problemática a nível mundial, com enorme impacto para as pessoas, familiares/cuidadores, profissionais e para a sociedade em geral, acarretando custos muito significativos e simultaneamente desnecessários, sendo por esta razão consideradas um dos indicadores de segurança e qualidade dos cuidados de saúde (DGS, 2007).

São infeções adquiridas pelos indivíduos em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, que poderão também afetar os profissionais de saúde, no exercício da sua atividade. Não sendo um problema novo, assumem particular relevância na pessoa em situação crítica, pois estes indivíduos possuem um risco de infeção aumentado, pela panóplia de recursos a que estão sujeitos (*Idem*).

Aquando da prestação de cuidados, existem um conjunto de medidas que concorrem simultaneamente quer para a prevenção, quer para o controlo da transmissão cruzada de microrganismos, denominadas de Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI), onde se insere a higienização das mãos, considerada como uma das

medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre os doentes (DGS, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 2004 a Campanha de Higienização das Mãos, intitulada *Clean Care is Safer Care*, inserida na estratégia multimodal proposta pela *World Alliance for Patient Safety*, como o primeiro desafio à segurança do doente. Portugal aderiu a este desafio em outubro de 2008, com a Campanha *Medidas Simples Salvam Vidas*, tendo como objetivo *major* a prevenção e controlo das IACS e, indiretamente, o controlo das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos (DGS, 2010).

É consensual que as mãos dos profissionais de saúde são o veículo mais comum de transmissão de microrganismos de doente para doente, estando frequentemente implicadas como via de transmissão de surtos de infeção (WILSON, 2003). No entanto, esta transmissão também se verifica entre os próprios doentes.

Neste contexto, a correta higienização das mãos constitui uma ação simples, acessível, rápida, e simultaneamente a medida mais relevante na prevenção e no controlo da infeção, integrada no conjunto das precauções básicas (DGS, 2010).

Face à importância de atuação nesta área, intervir ao nível da prevenção da transmissão das infeções continua a ser uma prioridade, não só juntos dos profissionais de saúde, como também das visitas, pelo que decidimos realizar uma ação de sensibilização dirigida às visitas das pessoas internadas no Serviço de Cirurgia Geral (SCG), local onde nos encontramos a realizar o Estágio supramencionado.

Esta ação abordou a importância da higienização das mãos como uma medida simples, mas extremamente eficaz na prevenção de infeções, para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados e, consequentemente, para a segurança efetiva dos doentes.

A referida ação, intitulada “Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos”, teve então como principal objetivo sensibilizar as visitas sobre a importância da higienização das mãos, como medida de controlo de infeção.

No que respeita ao presente relatório, o mesmo tem como principal objetivo divulgar os resultados obtidos após realização da referida ação de sensibilização. Como objetivos específicos, temos: apresentar a ação de sensibilização e os respetivos resultados; refletir sobre os resultados desta atividade; refletir sobre o impacto da ação no desenvolvimento de competências específicas do EEEMC.

O presente relatório encontra-se estruturado em dois capítulos. Anteriormente, na presente nota introdutória, efetuámos uma breve abordagem concetual sobre a temática em análise, no primeiro capítulo analisamos a ação de sensibilização e os resultados obtidos, e, por fim, apresentamos uma nota conclusiva, onde refletimos sobre a atividade e o contributo desta no desenvolvimento de competências.

Respeitámos, durante a redação do presente trabalho, as Normas de Elaboração de Trabalhos escritos do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS, bem como o Acordo Ortográfico atualmente em vigor. Mencionamos ainda o recurso à Norma Portuguesa (NP) 405, no que concerne à referência bibliográfica.

## 1. A Ação de Sensibilização às Visitas

Para a realização da ação de sensibilização “Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos”, inicialmente delineámos o Planeamento da Ação para nortear a mesma (Apêndice I), no qual definimos como objetivo geral sensibilizar as visitas das pessoas internadas no SCG do Centro Hospitalar X, sobre a importância da higienização das mãos, como medida de controlo de infeção.

Como objetivos específicos, referimos: Transmitir conhecimentos sobre a importância da higienização das mãos, como medida de controlo de infeção; Demonstrar a técnica de higienização das mãos; Incentivar as visitas a realizar a higienização das mãos; Verificar se a técnica de higienização das mãos foi adequada e a lavagem das mãos eficaz, com recurso à luz Ultravioleta (UV) (com utilização de pó simulador de microrganismos).

Após conclusão do referido Planeamento, que decorreu sob orientação da Enfermeira Orientadora, bem como da Docente Orientadora do Estágio, abordámos a Enfermeira Chefe do Serviço, bem como o Diretor Clínico do mesmo, com o intuito de obtermos autorização para a realização da atividade, bem como o seu *feedback* relativamente à mesma.

Ambos se demonstraram bastante recetivos e agradados com a atividade, enaltecendo a sua importância.

Após estas autorizações, contactámos a Enfermeira da Comissão de Controlo de Infeção (CCI), que também demonstrou grande agrado com a realização desta ação, disponibilizando-se de imediato a colaborar, nomeadamente no fornecimento de cartazes alusivos ao tema, da lanterna de luz UV e do Pó simulador de microrganismos.

Posteriormente pedimos ainda autorização à Direção de Enfermagem para captação de imagens e aplicação de um pequeno questionário para subsequente avaliação da ação (Apêndice II), tendo sido esta solicitação prontamente aceite. Foi-nos fornecida uma minuta com o pedido de autorização individual, para captação de imagens (Anexo I).

Passamos agora à apresentação e respetiva análise dos resultados obtidos através da realização da ação.

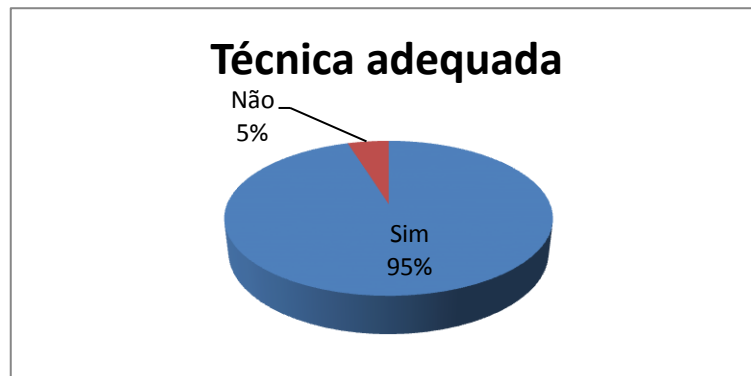
## 1.1. Apresentação e Análise dos Resultados obtidos

Tal como planeado, nos dias 8 e 12 de janeiro do corrente ano realizámos a ação de sensibilização supramencionada, no *hall* de entrada do Serviço. Foram abordadas, no total, 104 visitas de pessoas internadas no SCG (55 pessoas na primeira ação, e 49 na segunda), sendo que o total pretendido de 100 pessoas foi alcançado nestes dois dias, não havendo necessidade de agendamento de mais uma data.

Para o registo do número de pessoas abordadas, elaborámos uma grelha de registo de abrangência, onde também incluímos um item acerca da realização da técnica de higienização das mãos, e se a mesma foi ou não eficaz (Apêndice III).

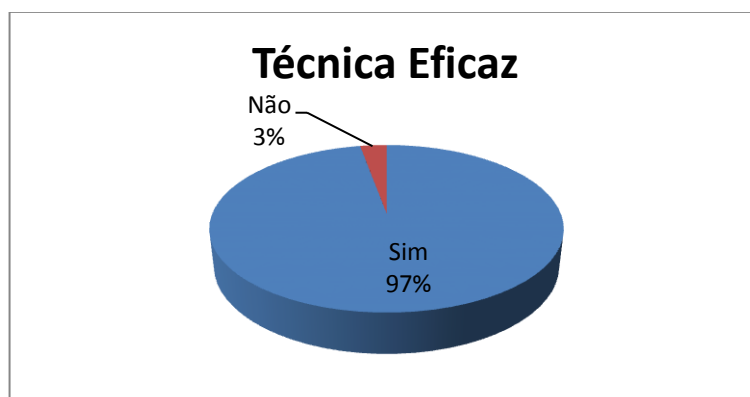
Das 104 pessoas abordadas, apenas 5 não realizaram a técnica correta de higienização das mãos, aquando da avaliação da ação, conforme se pode observar no Gráfico 1, ou seja, 95% das pessoas realizou corretamente a técnica de higienização das mãos, e apenas 5% não realizaram.

Gráfico 1- Pessoas que realizaram a técnica de higienização das mãos de forma adequada



Quanto ao resultado da higienização das mãos, ou seja, a total remoção de vestígios do pó reagente à luz UV, verificámos que apenas 3 pessoas ainda continham vestígios de pó, correspondendo a um total de 3%. De referir que estas 3 pessoas pertencem ao grupo das 5 pessoas que não realizou corretamente a técnica de higienização com solução alcoólica, conforme demonstra o Gráfico 2.

Gráfico 2 - Pessoas que removeram os vestígios de pó com a técnica de higienização das mãos



Após cada abordagem, e com o intuito de avaliar o impacto da ação, aplicámos então um questionário (Apêndice IV), no final da ação, obtendo os seguintes resultados bastante satisfatórios, isto é, 99% das visitas referiu ter compreendido a importância da higienização das mãos aquando da realização das visitas ao familiar/amigo, e apenas 1% referiu Talvez ter compreendido. A totalidade da amostra referiu ter aprendido a lavar corretamente as mãos, que a sessão foi importante para aprenderem a proteger-se a si e a evitar a propagação de infeções, e ainda que, irão proceder á lavagem das mãos sempre que visitarem um familiar/amigo no hospital, conforme demonstrado na Ilustração 1.

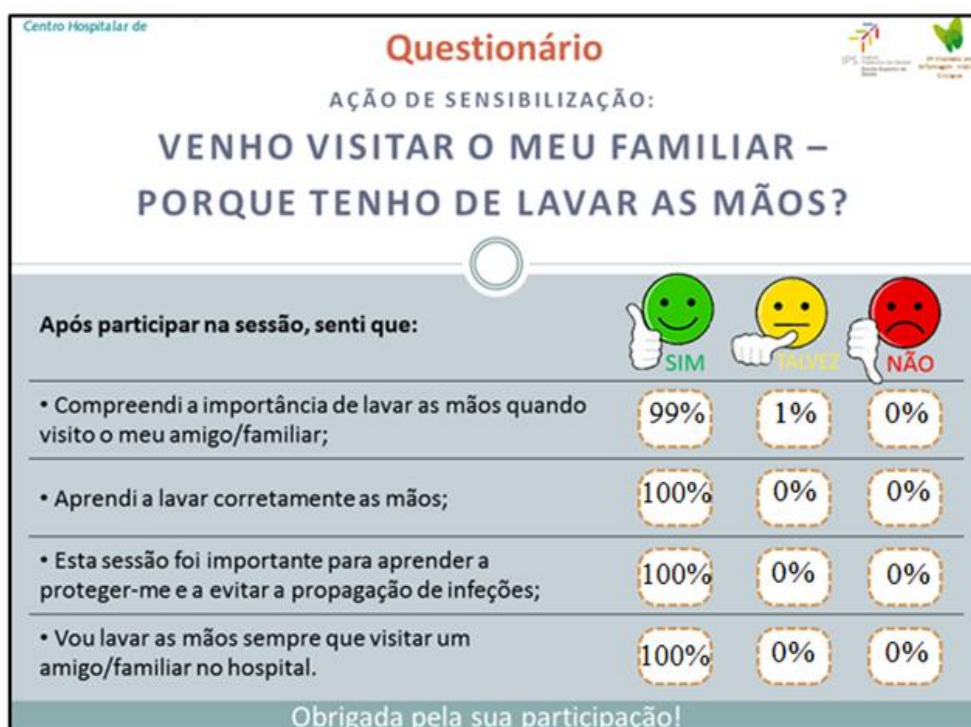


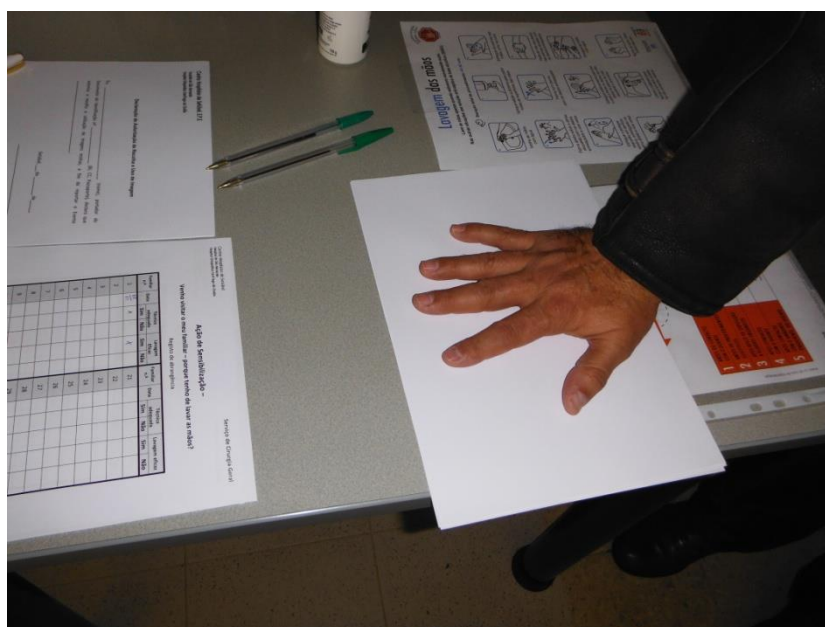
Ilustração 1 - Resultados do questionário aplicado no final da ação

Após aplicação do questionário, foram fornecidos dois folhetos a cada participante, um elaborado por nós (Apêndice V), e outro fornecido pela CCI (Anexo II), para sedimentação da informação. A referir que o primeiro foi validado por peritos na área, nomeadamente a Enfermeira Orientadora, que é também o elemento de Ligação do SCG com a CCI, a Enfermeira Chefe, a Enfermeira da CCI e a Docente Orientadora, tendo sofrido várias alterações até ao resultado que aqui expomos.

Como referimos anteriormente, foram captadas algumas imagens ao longo da ação, mediante prévia autorização, que a seguir apresentamos.



**Ilustração 2 - Hall de entrada do SCG**



**Ilustração 3 - Colocação da mão numa folha com Pó Simulador de Microrganismos**



**Ilustração 4 - Observação da mão com o Pó Simulador e a Luz UV**



**Ilustração 5 - Colocação da Solução Alcoólica na mão**





**Ilustração 6 - Execução da Técnica de Higienização das Mãos**



**Ilustração 7 - Visualização da Mão com a Luz UV após Higienização**



Ilustração 8 - Cartaz alusivo ao Tema, com visualização do Pó Simulador numa Mão

Após exposição das fotografias, apresentamos uma breve reflexão sobre a atividade desenvolvida.

## 1.2. Reflexão sobre a atividade

Decorrente da realização de uma atividade deste género, é impreterível a realização de uma reflexão sobre a mesma.

Começamos por mencionar uma dificuldade sentida durante o decurso das ações, sendo ela a resistência de algumas pessoas a participar na mesma, alegando motivos como falta de tempo, não estar interessado e já saber efetuar a higienização das mãos e o porquê da sua necessidade.

Ainda assim, a maioria das pessoas mostrou-se recetiva a participar na ação e o seu *feedback* sobre a mesma foi bastante positivo.

Os profissionais da equipa multidisciplinar mostraram curiosidade quanto à nossa abordagem às visitas, tendo questionado sobre o conteúdo da ação. Também a eles convidámos a efetuar o pequeno teste de higienização das mãos com o pó simulador de microrganismos e a luz UV, demonstrando-se todos eles bastante recetivos e satisfeitos com esta atividade dirigida às visitas.

De acordo com os resultados apresentados anteriormente, consideramos ter atingido os objetivos a que nos propusemos inicialmente, aquando do planeamento da

ação, pois conseguimos sensibilizar as visitas das pessoas internadas no SCG sobre a importância da higienização das mãos, delineado como objetivo geral. No que concerne aos objetivos específicos, julgamo-los também alcançados, dado que transmitimos às visitas conhecimentos sobre a importância da higienização das mãos como medida de controlo de infeção; demonstrámos a técnica de higienização das mãos; incentivámos as visitas a higienizar as mãos; verificámos a realização da técnica de higienização das mãos, através de um pequeno teste com recurso ao pó simulador de microrganismos e da luz UV.

A realização desta ação foi bastante gratificante para todas nós, uma vez que o *feedback* obtido por parte das pessoas foi muito positivo, e conseguimos alcançar os objetivos a que inicialmente nos propusemos.

## 2. Nota Conclusiva

Através da realização desta atividade, e posteriormente do presente relatório, concluímos essencialmente que todos beneficiamos com ações deste tipo. E quando referimos todos, incluímos as pessoas internadas, os familiares, amigos e os profissionais da equipa multidisciplinar, uma vez que a prevenção da propagação de infeções é, no que respeita à higienização das mãos, uma responsabilidade partilhada.

Concluímos ainda que, com esta atividade, contribuímos para o desenvolvimento da competência EEEMC, mais especificamente a *Competência K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face á complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*, uma vez que a higienização das mãos é dos gestos mais simples, mas muito efetivo, e que mais está relacionado com a prevenção e controlo da infeção em meio hospitalar.

Assim, ao efetuarmos ensino aos familiares que todos os dias visitam a pessoa internada, por vezes em situações clínicas complexas, estamos a maximizar a nossa intervenção a esse nível, contribuindo para a redução das IACS e simultaneamente para a melhoria contínua dos cuidados prestados e da segurança dos doentes.

Terminada a produção deste trabalho, encerramos o mesmo com a certeza de termos alcançado o objetivo *major* proposto inicialmente na nota introdutória, já que divulgámos a ação de sensibilização e os resultados obtidos com a realização da mesma. Mais especificamente, apresentámos a ação de sensibilização e os respetivos resultados; refletimos sobre os resultados da atividade; e, por fim, refletimos sobre o impacto da ação no desenvolvimento de competências específicas do EEEMC.

Como sugestão futura, propomos a realização de uma ação deste género a nível institucional, na entrada principal do Centro Hospitalar, onde poderíamos dar maior visibilidade à atividade e abranger um maior número de pessoas.

## Referências

- ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. 2007. [Consultado a 14/01/2015]. Disponível em [http://www.anci.pt/sites/default/files/Programa\\_nacional\\_de\\_prevencao\\_e\\_controlo\\_de\\_infeccao\\_associada\\_oas\\_cuidados\\_de\\_saude\\_0.pdf](http://www.anci.pt/sites/default/files/Programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf)
- ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2010 – *Circular Normativa N° 13/DQS/DSD: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. [Consultado a 14/01/2015]. Disponível em <file:///C:/Users/Marisa%20Aleixo/Downloads/i017601.pdf>
- ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Norma n° 029/2012, atualizada a 31/10/2013: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. [Consultado a 14/01/2015]. Disponível em <file:///C:/Users/Marisa%20Aleixo/Downloads/i019467.pdf>
- ✓ REGULAMENTO N° 124/2011 – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, 2ª Série. N° 35. 8656-8657. [Consultado a 14/01/2015]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)
- ✓ WILSON, Jennie - *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 978-972-8383-57-2.



## **Apêndice XXIV: *Poster* sobre Hipodermoclise**









**Apêndice XXV: Resumo do  
*Poster* sobre Hipodermoclise**



# Hipodermoclise – Uma opção segura nos cuidados à Pessoa em Fim de Vida

Maria João Nunes<sup>1,3</sup>; Marisa Aleixo<sup>1,3</sup>; Vera Grazina<sup>1,3</sup>; Mariana Pereira<sup>2</sup>; Marta Costa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Estudantes do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS*

<sup>2</sup>*Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal*

<sup>3</sup>*Enfermeira no Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal*

**Palavras-chave:** Hipodermoclise; Cuidados Paliativos; Pessoa em fim de vida; Via subcutânea.

## Resumo

### Introdução:

Sendo o Serviço de Cirurgia Geral (SCG) um serviço que presta cuidados à pessoa nas diferentes etapas do ciclo vital, a pessoa em fim de vida representa um importante alvo dos nossos cuidados. Uma das dificuldades encontradas neste âmbito é, por vezes, a soroterapia e a administração de fármacos, por dificuldade ou impossibilidade de utilização da via oral e/ou endovenosa.

Neste contexto, a utilização da via subcutânea (SC) surge como uma alternativa válida, que minimiza o desconforto da pessoa, mas ainda pouco utilizada na *práxis*.

### Objetivos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem da aplicabilidade da hipodermóclise, no âmbito da prestação de cuidados de qualidade em fim de vida;
- Divulgar a hipodermóclise no SCG;
- Refletir sobre a utilização da técnica no âmbito do desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) (L5)<sup>7</sup>.

### Metodologia:

Revisão Bibliográfica e Metodologia Reflexiva

### **Desenvolvimento:**

A hipodermoclise é definida como uma técnica de infusão de fluidos no tecido subcutâneo. Indicada quando há necessidade de hidratação e administração de fármacos, quando a via oral e endovenosa não são adequadas (pessoas com doença avançada, incurável e progressiva), havendo contra-indicações<sup>1,2,3,4,5,6</sup>.

Esta técnica apresenta inúmeras vantagens, sendo um método de promoção ativa do conforto e redução do sofrimento associado ao processo de doença terminal. De fácil administração, apresenta reduzido risco de infecção, dor e desconforto, implicando baixo custo. Utilizam-se agulhas epicraneanas de baixo calibre em diversos locais<sup>1,2,3,4,5,6</sup>.

Os fármacos mais utilizados são opióides, neuroléticos, anti-eméticos e anticolinérgicos<sup>1,2,3,4,5,6</sup>.

### **Conclusões:**

A divulgação da técnica de hipodermoclise, bem como a consciencialização da equipa de enfermagem sobre a mesma, permitirá uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa/família em fim de vida, no SCG, tendo em consideração os contextos da *práxis*.

Impõe-se que o enfermeiro possua conhecimentos específicos relativos à hipodermoclise, assumindo o EEEMC uma dimensão orientadora na aplicação prática.

### **Bibliografia:**

1. LOPES, Ana; ESTEVES, Rita; SAPETA, Paula – *Vantagens e desvantagens da terapêutica e hidratação subcutânea*. Mestrado em Cuidados Paliativos. 2012. Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em [http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1615/1/RSL\\_Vantagens%20%20desvantagens%20da%20terap%3%aautica%20e%20hidrata%3%a7%c3%a3o%20subcut%3%a2nea.pdf](http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1615/1/RSL_Vantagens%20%20desvantagens%20da%20terap%3%aautica%20e%20hidrata%3%a7%c3%a3o%20subcut%3%a2nea.pdf)
2. TAKAKI, Christiane; KLEIN, Gilmar – *Hipodermóclise: o conhecimento do enfermeiro em unidade de internação*. ConScientiae Saúde. Vol. 9, Nº. 3. 2010, pp. 486-496. Universidade Nove de Julho, Brasil. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/929/92915180020.pdf>

3. MARINELA, Elsa; RODRIGUES, Lara; ALMEIDA, Patrícia – A Via Subcutânea em Cuidados Paliativos. *Revista Enformação: Enfermagem em contínuo movimento*. ISSN 2182-8261. Nº 3. Lisboa. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em [http://www.acenfermeiros.pt/docs/arq\\_revistas/enformacao\\_03\\_2013.pdf](http://www.acenfermeiros.pt/docs/arq_revistas/enformacao_03_2013.pdf)
4. NETO, Isabel – Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Revista Medicina Interna: Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. Vol. 15. Nº 4. 2008. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em [http://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15\\_n4\\_2008\\_277\\_283.pdf](http://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_277_283.pdf)
5. POMBO, Delmira – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica na Pessoa com Patologia Crónica e/ou Paliativa. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2012. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em [http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4357/1/Dissertacao\\_Mestrado\\_Delmira\\_Pombo\\_Final.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4357/1/Dissertacao_Mestrado_Delmira_Pombo_Final.pdf)
6. VIEGAS, Marlene – VIA SUBCUTÂNEA: UMA NOVA ALTERNATIVA. Comunicação Livre 1as Jornadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica do CHBA. 2011. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em [http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22435/VIA\\_SUBCUTANEA\\_uma\\_alternativa\\_final.pdf](http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22435/VIA_SUBCUTANEA_uma_alternativa_final.pdf)
7. ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. 2011. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCEE\\_SituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEE_SituacaoCronicaPaliativa.pdf)







# Anexos



# **Anexo I: Escala Modificada de Barthel**



### Escala Modificada de Barthel

Nome: \_\_\_\_\_ D.N. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HD: \_\_\_\_

<b>CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.</li> <li>2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.</li> <li>3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.</li> <li>4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.</li> <li>5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.</li> </ol>
<b>CATEGORIA 2: BANHO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Totalmente dependente para banhar-se.</li> <li>2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.</li> <li>3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença.</li> <li>4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.</li> <li>5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.</li> </ol>
<b>CATEGORIA 3: ALIMENTACAO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.</li> <li>2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.</li> <li>3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.</li> <li>4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.</li> <li>5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.</li> </ol>
<b>CATEGORIA 4: TOALETE</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.</li> <li>2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário</li> <li>3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.</li> <li>4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.</li> <li>5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;</li> </ol>
<b>CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O paciente é incapaz de subir escadas.</li> <li>2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.</li> <li>3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.</li> <li>4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.</li> <li>5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.</li> </ol>
<b>CATEGORIA 6: VESTUARIO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.</li> <li>2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário</li> <li>3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.</li> <li>4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.</li> <li>5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.</li> </ol>
<b>CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O paciente apresenta incontinência urinária.</li> <li>2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.</li> <li>3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.</li> <li>4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.</li> <li>5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.</li> </ol>

<b>CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O paciente não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo.</li> <li>2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.</li> <li>3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.</li> <li>4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.</li> <li>5. O paciente tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.</li> </ol>
<b>CATEGORIA 9: DEAMBULACAO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Totalmente dependente para deambular.</li> <li>2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.</li> <li>3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.</li> <li>4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.</li> <li>5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas</b></p>
<b>CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.</li> <li>2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.</li> <li>3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.</li> <li>4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.</li> <li>5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Não se aplica aos pacientes que deambulam.</b></p>
<b>CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.</li> <li>2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.</li> <li>3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.</li> <li>4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.</li> <li>5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.</li> </ol>

**Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado**

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

<b>Interpretação do Resultado</b>	<b>75 a 51 pontos - dependência moderada</b>
<b>100 pontos – totalmente independente</b>	<b>50 a 26 pontos – dependência severa</b>
<b>99 a 76 pontos – dependência leve</b>	<b>25 e menos pontos – dependência total</b>

**Anexo II: Impresso de  
avaliação da sessão de formação  
pelo formando**





## FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO			
Designação Curso Ação: _____			
Modalidade de Formação <i>(assinalar com X)</i> :    Inicial <input type="checkbox"/> Contínua <input type="checkbox"/> Em Serviço <input type="checkbox"/> Outra _____			
POPH Candidatura n.º: _____		Tipologia n.º <input type="text"/> <input type="text"/> Curso n.º: _____ / Ação n.º _____	
Data: ____/____/____			

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO			
1 - Insuficiente	2 - Suficiente	3 - Bom	4 - Muito Bom

Considerando a escala de classificação indicada, efetue a sua apreciação relativa a cada um dos pontos a seguir discriminados na presente ficha.

2. PROGRAMA DA AÇÃO					
Parâmetros	1	2	3	4	<i>(assinalar com X)</i>
Objetivos da ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conteúdos da ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estrutura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilidade do tema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cumprimento do horário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. FUNCIONAMENTO DA AÇÃO					
Parâmetros	1	2	3	4	<i>(assinalar com X)</i>
Instalações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipamentos e Meios Audiovisuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Documentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO					
- Considera que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho ? <span style="float: right;"><i>(assinalar com X)</i></span> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Se sim, de que forma ? _____ _____ _____					
- Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada? <span style="float: right;"><i>(assinalar com X)</i></span> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></div> </div>					
<b>Pontos Fortes</b> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____			<b>Oportunidades de Melhoria</b> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____		
- Sugestões/Observações _____ _____ _____ _____					

# 5. INTERVENÇÃO DO(S) FORMADOR(ES)

(assinalar com X)

1. Dominio dos temas e conteúdos abordados		1	2	3	4
Nomes	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
2. Clareza da linguagem utilizada		1	2	3	4
Nomes	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
3. Capacidade para esclarecimento de dúvidas		1	2	3	4
Nomes	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
4. Capacidade de motivação/relacionamento com os formandos		1	2	3	4
Nomes	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
5. Utilização de meios didáticos ( Powerpoint, videos, filmes ...)		1	2	3	4
Nomes	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
6. Cumprimento de Horários		1	2	3	4
Nomes	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				

Observações:

NOME (facultativo): \_\_\_\_\_

Muito Obrigada pela Sua Colaboração!

**Anexo III: Autorização  
Institucional para realização do  
projeto**



autorizado

11.6.14

Enfermeira Directora

APRECIACÃO DE PROJETOS		DESPACHO
ÁREA	<b>Enfermagem</b> <i>"Avaliação funcional das pessoas/clientes internadas no Serviço de Cirurgia Geral através da Escala de Barthel"</i>	
AUTOR (ES)	Vera Lúcia Trigueirão Grazina / <input type="text"/> / tm: <input type="text"/>	
DURAÇÃO	junho de 2014 a janeiro de 2015	
ENTIDADE ACADÉMICA	Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica	
ORIENTADORES	Prof.ª Mariana Pereira (IPS-ESS) / Enf.ª <input type="text"/>	
SERVIÇO	Serviço de Cirurgia Geral	
TIPO DE PROJETO	Projeto Intervenção-ação	
RESUMO	<p>Detetadas inconsistências, no processo de registo da avaliação funcional dos doentes internados no Serviço de Cirurgia Geral, o projeto proposto visa otimizar a intervenção dos profissionais de enfermagem no domínio da avaliação funcional do doente (registo e monitorização em SAPE) através do desenvolvimento de ações com vista à uniformização de procedimentos nesta área. Para tal é solicitada autorização para: realização de auditoria aos registos no SAPE no âmbito da avaliação funcional dos utentes através da Escala de Barthel; realização de formação para a equipa de enfermagem sobre aplicação e registo do score obtido através da aplicação da Escala de Barthel e critérios de coerência da avaliação com os registos no processo de enfermagem; afixação de orientações sobre aplicação da Escala de Barthel junto dos computadores onde os enfermeiros fazem os registos clínicos; desenvolvimento de um procedimento orientador da avaliação funcional do utente; solicitar a inclusão do registo da Escala de Barthel na folha de sinalização para a rede de cuidados continuados.</p> <p>A autora encontra-se numa fase de desenvolvimento conceptual do projeto, pelo que não lhe é possível fornecer o plano de atividades mas, neste âmbito, compromete-se a fornecer periodicamente informação atualizada.</p> <p>A autora assegura o desenvolvimento do projeto em estreita articulação com a chefia do serviço e orientadores de estágio, bem como com o respeito por princípios éticos, como: confidencialidade, anonimato das fontes, consentimento livre e informado.</p>	
OBSERVAÇÕES	Sugere-se que a formação proposta decorra em formação em serviço; que as auditorias aos processos decorram sob supervisão do elemento auditor dos registos de enfermagem do serviço e que no desenvolvimento do procedimento	

	orientador da avaliação funcional do utente sejam consideradas as informações que constam no 'Guia Orientador dos Registos Informatizados de Enfermagem do [ ] NF.03 – Anexo_I_vs02).
<b>AUTORIZAÇÕES</b>	Projeto autorizado por: - Dr. [ ] Diretor de Serviço – Serviço de Cirurgia Geral; - Enf.ª [ ] Enfermeira-Chefe – Serviço de Cirurgia Geral.
<b>DOCUMENTAÇÃO ANALISADA</b>	Documentos analisados: Pedido de autorização à Direção Enfermagem / Termo de responsabilidade da estudante / Termo de responsabilidade do Orientador pedagógico / Resumo Curricular da estudante / Proposta do Projeto de Intervenção / Autorização do Diretor de Serviço / Autorização da Enfermeira Chefe do Serviço
Reunida e analisada a documentação entende-se não existirem razões que impeçam o desenvolvimento do projeto proposto, pelo que se sugere o seu deferimento, no cumprimento das observações constantes neste documento.	
SGF – Área de Enfermagem	

09/06/2014,

[ ]